

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DEPRESSION NACH SCHLAGANFALL

Jeder kennt das neurologische Krankheitsbild „Schlaganfall“ und immer mehr das seelische Leiden „Depression“. Dass beides aber erstaunlich oft zusammenfällt bzw. der Schlaganfall auch noch zu Depressionen führt, dürfte eher neu sein. Nachvollziehbar dafür wieder die seelischen, körperlichen und psychosozialen Konsequenzen, was zwei so schwerwiegende Krankheiten auf einmal für den Betroffenen (und sein Umfeld) bedeuten.

Was also muss man wissen über den Schlaganfall und seine krankhaften Hintergründe (einschließlich Risikofaktoren), über organisch bedingte seelische Störungen und hier vor allem die Schlaganfall-Depression mit einem Beschwerdebild, das sich durchaus von Depressionen anderer Ursache abheben kann. Und wie steht es mit den therapeutischen Möglichkeiten, leider aber auch Grenzen?

Dazu ein kurz gefasster Beitrag.

Erwähnte Fachbegriffe:

Schlaganfall – Hirnschlag – Hirn-Infarkt – ischämischer Hirn-Infarkt – ischämischer Insult – Media-Insult – Media-Infarkt – organisch bedingte seelische Störung: neuropsychologisch, affektiv, Bewusstsein, Denken, Sinnestäuschungen, soziale Folgen u. a. – organisch bedingte depressive Störungen – Schlaganfall-Depression – poststroke depression (PSD) – Schlaganfall-Depression: Ursachen, Häufigkeit, Biographie, Lebensgeschichte, Folgen für Gehirn-Substanz und -Funktion u. a. – spezifisches Beschwerdebild der Schlaganfall-Depression – Schlaganfall-Depression: hypothetische Ursachen

– Schlaganfall-Depression: Therapie – Schlaganfall-Depression: Vorbeugung
u. a. m.

Auch wenn der *Schlaganfall* heute meist überlebt wird, insbesondere durch die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der westlichen Welt, drohen noch lange und bittere Folgen: körperlich, seelisch und psychosozial. Besonders die psychischen Konsequenzen sind schwer zu ertragen und schlagen nachvollziehbar auch auf die körperlichen Beeinträchtigungen durch. Eine der schwersten Belastungen nach Hirn-Infarkt ist die Depression. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu diesem Thema, das offenbar immer mehr Betroffene nach sich zieht, direkt wie indirekt durch Angehörige, Freunde, Mitarbeiter.

Der Schlaganfall, was ist das?

Bei aller angemahnten Bescheidenheit und wenn einem in ethisch-moralischer Hinsicht doch oft Zweifel kommen, es führt kein Weg an der Erkenntnis vorbei: der Mensch ist die Krone der Schöpfung – wenigstens biologisch. Das beginnt schon mit der organischen Basis, dem menschlichen Gehirn. Seine rund 1.400 Gramm bestehen aus rund 100 Milliarden Nervenzellen, ein unvorstellbar leistungsfähiger Riesen-Computer, an den selbst modernste Technik nicht annähernd heranreicht.

Natürlich hat die erwähnte Technik in Einzel-Aufgaben die Nase vorn (was aber eben dieses Gehirn erdacht, konstruiert und ständig optimiert hat), aber es wird – so die Experten – nie einen Roboter geben, der an Goethe, Michelangelo, Mozart u. a. heranreicht. Kurz: rein biologisch können wir stolz auf uns sein (alle anderen „offenen Fragen“ lassen wir erst einmal beiseite...).

Dieses wunderbare Produkt der Schöpfung oder Evolution, je nachdem wie man es sieht, hat aber auch seinen Preis. Zum Beispiel will es auf hohem Niveau ständig unterhalten (und nebenbei auch geistig trainiert sein). Grundlage ist die Blut-Versorgung, denn damit „kommt Nahrung und geht Müll“, wenn man es einmal schlicht ausdrücken darf. D. h. das Gehirn wird pro Minute von etwa 800 ml Blut durchströmt. Das hört sich erst einmal nicht sehr eindrucksvoll an, bedeutet aber rund 1.100 Liter in 24 Stunden, also eine satte Leistung (wenn sie denn zustande kommt, wenn nicht: siehe unten).

In der gleichen Zeit werden etwa 75 Liter Sauerstoff und 115 Gramm Zucker verbraucht; und auch die müssen erst einmal herbeigeschafft werden. Auch die Umbau-Geschwindigkeit der Eiweiße im Gehirn, also der lebens-wichtige Stoffwechsel, ist 25-mal höher als am Herzmuskel (auf den es letztlich ankommt) und 80-mal höher als am ruhenden Skelettmuskel.

Eine Unterbrechung der Blutzufuhr, durch welche Ursache auch immer, führt also rasch zu Warn-Symptomen und schließlich zum Erlöschen der Gehirnfunktionen.

Ein solches lebens-bedrohliches Phänomen ist die so genannte zerebrale Ischämie, auf Deutsch: Wenn es im Gehirn am notwendigen Blut-Durchfluss fehlt. Und eine der dramatischsten Ereignisse ist der ischämische Insult oder ischämische Hirn-Infarkt – der *Schlaganfall*.

Einzelheiten zu Ursachen und Hintergründen, vor allem zu den vorangegangenen Defiziten, Risikofaktoren u. a. siehe die spezielle, d. h. neurologische Fachliteratur. Einige Aspekte aber wenigstens in Schlagworten:

Was kann zu einem Schlaganfall führen?

Zu den *Risikofaktoren* gehören beispielsweise Alter (je höher, desto eher), Geschlecht (Männer mehr als Frauen, letztere holen allerdings beunruhigend auf), Bluthochdruck, Rauchen, Hyperlipämien (Blutfette) usw. Auch das Herz ist beteiligt, nämlich mit Thrombose- und Embolie-Gefahr (also Blutpfropf-Bildung und schließlich Loslösung des Blutpfropfs, der dann irgendwann in ein riskantes Gehirn-Gefäß gespült wird und dort den Blutfluss behindert oder gar blockiert). Der Vorgang ist relativ einfach, die allein herz-bedingten Ursachen aber sind viele (siehe Kardiologie, also „Herz-Medizin“). Bei der Embolie-Entstehung spielen auch Gerinnungs-Störungen des Blutes eine Rolle. Daneben aber auch Unfälle, bestimmte Medikamente und sonstige Erkrankungen, Schwangerschaft u. a.

Betroffen ist vor allem und am folgenschwersten die so genannte Arteria media bzw. eine ganze Media-Gruppe mit einem besonders wichtigen Versorgungsgebiet und einer zudem ungünstigen, d. h. strömungs-anfälligen Lage im Gehirn. Je nachdem, welche Region und vor allem welchen Größenordnung von der notwendigen Blut-Versorgung nun abgeschnitten wird (zurück zur Einleitung: pro Minute etwa 800 Milliliter, pro 24 Stunden 1.100 Liter Blut-Durchfluss), kommt es nun zu Versorgungs-Engpässen oder gar Versorgungs-Blockierungen und – je nach zeitlichem Versorgungs-Defizit – zur Schädigung der Gehirnstrukturen, zuerst reversibel (ggf. wieder rückgängig machbar), schließlich irreversibel (Zell-Untergang, Schluss).

Die sichtbaren Folgen sind unterschiedlich, je nachdem wie viel und wie lange diese eminent wichtigen Teile des Gehirns geschädigt wurden. Das äußert sich schon im Bewusstsein von „wach über schläfrig bis nicht mehr ansprechbar“. Auch die Sprache kann beeinträchtigt sein von „unauffällig über eingeschränkt bis keine Kommunikation mehr möglich“. Und schließlich Schwäche oder Lähmung von Arm/Hand sowie Bein/Fuß mit entsprechenden Funktions-Einschrän-

kungen (Heben und Gang). Zuletzt die Frage der Orientierung zu Ort, Zeit und eigener Person von leicht bis völlig gestört.

Dies ist ein so genannter Media-Insult oder -Infarkt (s. o.). Es gibt aber natürlich auch Insulte in anderen Gehirn-Regionen, z. B. im so genannten vertebro-basilären Stromgebiet, also jener Gefäße, die durch die Wirbelsäulen-Löcher der Halswirbel laufen und dann die hintere Schädelgrube und damit das dort liegenden Kleinhirn versorgen. Das macht dann ganz andere Einbußen. Und das ist noch lange nicht alles; das Gehirn, so faszinierend es wirkt, ist auch das komplizierteste Organ, wenn es erkrankt.

Organisch bedingte seelische Störungen

Wenn also die „Krone der Schöpfung“, das menschliche Gehirn, aber beeinträchtigt wird, durch was auch immer (nicht nur Durchblutungsstörungen, sondern auch Unfallverletzung, Gehirn-Tumor, Entzündungen, Stoffwechselstörungen usw.), dann drohen neben den bekannten körperlichen und geistigen, vor allem seelische und psychosoziale Konsequenzen. Und die sind vielfältiger, als man denkt und sollen deshalb in einer kurz gefassten Tabelle nachfolgend dargestellt werden.

Die wichtigsten seelischen Krankheitszeichen bei verschiedenen körperlichen Störungen

- *Neuropsychologische Störung*: Amnesie (Erinnerungslosigkeit) für vorangegangene und zurückliegende Ereignisse; Aphasie (Verlust des Sprachvermögens), Akalkulie (Verlust des Rechen-Vermögens), Apraxie (Störung des Handelns und der Bewegungsabläufe) u. a.
- *Affektive (Gemüts-)Störungen*: Angst, Depression, verminderte Affekt-(Gemüts-)Kontrolle, reduzierter Antrieb bis hin zur Apathie (Teilnahmslosigkeit) u. a.
- *Bewusstseinsstörung*: Aufmerksamkeitsstörung, Orientierungsstörung (Ort, Zeit, eigene Person) u. a.
- *Denkstörungen*: formale (wie etwas gedacht wird) sowie inhaltliche (was gedacht wird) u. a.
- *Produktive Symptome*: Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), Illusionen (Verkennung von real Vorhandenem), Wahn, inkohärente (unzusammenhängende) Sprache u. a.

- *Soziale Störung*: Vergröberung des Sozialverhaltens, Beeinträchtigung der sozialen Kontakte, Nachlassen der Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsveränderungen u. a.

Diese organisch bedingten Symptome gehen also auch auf organische (körperliche) Krankheitsbilder zurück. Beispiele: amnestische Syndrome (organisch bedingte Erinnerungsstörung), Delirium (Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente u. a.), Demenz (Geistesschwäche), ferner organische depressive, manische oder Angststörungen, organische Halluzinose (überwiegend durch Sinnestäuschungen geprägt), organische wahnhaft oder schizophreniforme (schizophrenie-ähnliche) Störungen. Und schließlich Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer körperlichen Krankheit mit Schädigung und Funktionsstörung des Gehirns.

Weitere Einzelheiten siehe die Fachliteratur, wozu wir u. a. auf das empfehlenswerte Buch von T. Wetterling und H. Lanfermann über *Organische psychische Störung – Hirnorganische Psychosyndrome* im Steinkopff-Verlag Darmstadt hinweisen.

Bevor wir uns nun aber konkret mit der Depression nach Schlaganfall beschäftigen, erst einmal eine kurze Übersicht zum Thema *organische depressive Störungen* generell.

Organisch bedingte depressive Störungen

Über Depressionen im Allgemeinen, d. h. Beschwerdebild, Verlauf, Ursachen, Geschlecht, Alter u. a. m. siehe die verschiedenen Kapitel in dieser Serie. Dort gibt es auch kurz gefasste Hinweise über die körperlich begründbaren Depressionen.

Vor allem gibt es auch Tabellen, welche körperlichen Leiden zu einem depressiven Beschwerdebild führen können. Das geht von degenerativen Erkrankungen (Demenz, Parkinson-Syndrom, Chorea Huntington) über zerebrovaskuläre Erkrankungen durch Gehirngefäß-Leiden (Infarkte u. a.), die Epilepsie, Schädel-Hirn-Traumen (Unfall-Folgen) sowie endokrine Störungen (Unter- und Überfunktion der Schilddrüse sowie weitere Krankheitsbilder) bis zu Infektionserkrankungen (Borrelien-Infektion, virale Störungen durch Hepatitis, Influenza usw.) und zu den eher seltenen Leiden wie Multiple Sklerose (MS), Vitamin-B12-Mangel-Krankheiten usw. Das ist aber – wie erwähnt – nur ein kleiner Ausschnitt; die Palette möglicher weiterer depressiogener (Depressionen auslösender) Organleiden wird als noch viel breiter vermutet.

Natürlich findet sich nicht bei jeder organischen Erkrankung auch eine seelisch Störung, insbesondere eine Depression. Relativ häufig sind depressive Verstimmungen allerdings bei degenerativen (Verschleiß-Erscheinungen beispielsweise von Wirbelsäule und Gelenken), vaskulären (Gefäß-Leiden) und infektiösen Erkrankungen. Auch zahlreiche Medikamente können, besonders bei langfristiger oder Dauer-Einnahme, zu einer depressiven Verstimmung führen. Dazu gehören vor allem blutdruck-senkende Medikamente (z. B. Betablocker), Neuroleptika (antipsychotisch wirkende Psychopharmaka), Benzodiazepine (Beruhigungsmittel), Antikonvulsiva (gegen epileptische Anfälle), bestimmte Anti-Parkinsonmittel sowie die Östrogen- oder Gestagen-Sexualhormone. Auch hier ist eine vollständige Übersicht natürlich noch weitaus größer. Wer dabei Genaueres wissen will, sollte sich mit seinem Arzt in Verbindung setzen (und dieser wird sich bei den jeweiligen Fach-Informationen des verordneten Medikamentes kundig machen oder entsprechende Auskunft-Stellen konsultieren).

Wie kommt es nun aber zu einer organisch bedingten Depression, welche **Ursachen** werden diskutiert? Das ist gerade bei der Schwermut ein sehr komplexes, mehrschichtiges Phänomen. Beispielsweise

- *Biographische Faktoren*: Ob jemand aufgrund seiner körperlichen Leiden depressiv reagiert oder nicht, hängt nicht zuletzt von seinen individuellen Bewältigungs-Strategien ab, entweder angeboren oder im Laufe des Leidens erworben. Das hängt natürlich wiederum weitgehend von der Einschränkung der Lebensqualität, von der Zukunfts-Perspektive und nicht zuletzt von der Krankheitsdauer ab. Auch die Art der Beschwerden ist entscheidend, vor allem wenn man durch (chronische) Schmerzen zermüht oder durch kognitive (geistige) Einbußen in die Resignation getrieben wird.

Mit einer depressiven Reaktion ist insbesondere dann zu rechnen, wenn man plötzlich (z. B. nach einem Unfall oder einem Schlaganfall – siehe später) in die Abhängigkeit von fremder Hilfe gezwungen wird. Vor allem der Verlust an Autonomie wird meist als sehr traumatisch (seelisch verwundend) erlebt. Nicht zuletzt das subjektiv empfundene Gefühl der Hilflosigkeit (auch wenn es gar nicht zutrifft) scheint die Entwicklung einer Depression zu begünstigen.

- *Genetische Aspekte*: Wer darüber hinaus noch in der eigenen Vorgeschichte oder in der Familien-Anamnese (Eltern, Großeltern, sonstige nahe Verwandte) mit einer affektiven Störung belastet ist (d. h. Depression oder manische Hochstimmung), kann natürlich bei einer zusätzlichen Beeinträchtigung durch körperliche Erkrankungen noch anfälliger werden.
- Auch *lebensgeschichtlich bedeutsame Ereignisse* sind gerade bei depressiven Reaktionen nicht selten. Dazu gehören beispielsweise schwerwiegende

Erkrankungen oder ein Unfall mit körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung (und daraus erwachsender Hilfsbedürftigkeit), oder Verlust des Arbeitsplatzes (aufgrund der Erkrankung oder des Unfalls), vorzeitige Berentung bzw. sonstige psychosoziale Beeinträchtigungen.

Was durchaus registriert wird, und zwar schmerzlich bzw. deprimiert, ist eine langsam nachlassende körperliche und/oder geistige Leistungsfähigkeit. Der Hintergrund ist häufig der schon erwähnte Verlust an autonomer Selbstbestimmung, wofür wieder vor allem Schlaganfall-Patienten beispielhaft sind. Ähnliches gilt auch für MS- und Parkinson-Kranke und solche mit einer beginnenden Demenz, solange sie den „Niedergang“ noch bewusst miterleben. Und natürlich sind Patienten mit einer unheilbaren Erkrankung, z. B. nach Krebs oder AIDS oft resigniert-niedergeschlagen bis mittelgradig oder gar schwer depressiv. Manche Krebs-Leiden wie beispielsweise das Pankreas-Karzinom reagieren sogar nicht selten als Erstes mit einer depressiven Verstimmung, lange, bevor die körperlichen Symptome zu quälen beginnen.

- Ob *morphologische Veränderungen*, d. h. Defizite in der Gehirnstruktur eine Rolle spielen, ist bei den meisten organischen Ursachen depressiver Störung bisher nicht mit der notwendigen Sicherheit objektivierbar geworden. Günstiger sieht es bei den *biochemischen Veränderungen* aus. Hier gibt es zwar ebenfalls uneinheitliche Ergebnisse, vor allem wenn man einzelnen Krankheiten bestimmte Defizite zuordnen will. Immerhin weiß man aber, welches die wichtigsten Neurotransmitter-Systeme, also Botenstoffe im Gehirn sind, die gerade hier eine Rolle spielen, nämlich Serotonin, Noradrenalin oder Acetylcholin. Dies ist nicht zuletzt durch die Wirkung bestimmter Medikamente beweisbar, die solche Systeme „durcheinander bringen“ und dann entsprechende Depressionen auslösen.

Wie äußert sich eine organische depressive Störung?

Körperlich begründbare Depressionen finden sich in der Klientel einer psychiatrischen Klinik, also eigentlich dem zuständigen Fach-Krankenhaus, sehr selten. Sie häufen sich – und das ist nachvollziehbar – vor allem in den inneren, gynäkologischen, neurologischen, ja sogar orthopädischen und sonstigen Fach-Abteilungen bzw. Kliniken sowie in nicht-psychiatrischen Praxen der entsprechenden Fachärzte.

Dort sollten sie rechtzeitig erkannt und adäquat behandelt werden. Doch das ist – man muss es einmal ungeschönt ausdrücken – eher selten, aus der Sicht der Psychiater viel zu selten. Die Ursache ist nachvollziehbar. Diese Fachärzte haben vor allem ihr eigenes Diagnose- und Therapie-Spektrum im Visier und – leider – in psychiatrischer Hinsicht nur eine begrenzte Aus-, Weiter- und Fortbildung (also vom Studenten über den Assistenten bis zum Facharzt).

Außerdem – und das geben auch die psychiatrischen Experten unumwunden zu – sind Depressionen im Allgemeinen und organisch bedingte Depressionen im Speziellen in der Regel schwer zu erkennen. Meist treten sie larviert auf, d. h. unter der Maske einer körperlichen Krankheit verborgen bzw. die bereits bestehenden körperlichen Symptome verstärkend oder erweiternd. Die körperlichen Beschwerden werden ja adäquat behandelt, wenn auch aus der Sicht des jeweiligen nicht-psychiatrischen Facharztes, d. h. meist nicht gezielt psychotherapeutisch, soziotherapeutisch und vor allem pharmakotherapeutisch (Antidepressiva). Oder wenn, dann nicht immer so ausreichend lang oder nach dem neuesten Stand der Wissenschaft effektiv wie zumindest theoretisch möglich. Allerdings nimmt die Zahl der entsprechenden Weiterbildungs- und Informations-Angebote zu und wird auch immer häufiger genutzt. Aber zurück zur Frage: Wie äußert sich eine organisch bedingte depressive Störung?

Als Erstes muss man zugestehen, dass „organische Depressionen“ häufig chronisch verlaufen, nicht wie bei den früher so genannten „endogenen Depressionen“ phasisch oder episodisch über einige Wochen bis Monate, um dann wenigsten ohne Rest-Beschwerden oder -Folgen wieder zu verschwinden. Organische Depressionen verlaufen häufig chronisch und zeigen – wie die Experten das nennen – eine geringe Remissions-Rate, d. h. Genesungs-Tendenz. Das hängt meist mit der körperlichen Grund-Erkrankung zusammen. Wenn sich die nicht bessert, kann sich auch die darauf aufbauende organische Depression nicht zurückbilden.

Es gilt also als Erstes die Körper-Krankheit erfolgreich zu bekämpfen, dann kann auch der krankhafte seelische Überbau, hier die organische Depression zurückgehen.

Wer allerdings jetzt glaubt, auf das psychiatrische Fachwissen verzichten zu können, gehe es doch primär um eine erfolgreiche körperliche Behandlung, der irrt. Die seelische Betreuung und gezielte medikamentöse Therapie muss parallel laufen. Wenn das nicht geschieht, kann der unbehandelte krankhafte seelische Bereich die organische Besserung hemmen oder gar blockieren. Kurz: Bei einer organischen Depression ist sowohl die körperliche als auch die seelische Seite für sich zu behandeln. Einzelheiten dazu, vor allem was den spezifischen Fall einer organischen Depression im Sinne einer Schlaganfall-Depression anbelangt, siehe später.

Als **typische Symptome** einer organischen Depression gelten vor allem der Antriebsverlust, auf Deutsch: schwunglos, energielos, passiv, schwach, kraftlos, leicht und schnell ermüdbar bis erschöpfbar (schon nach kleinen Anstrengungen oder Routinearbeiten), ohne Aktivität, Initiative, Schwung, Spannkraft, Ausdauer, ggf. sogar willenlos, matt, ja apathisch bis stuporös („versteinert“).

Ein großes Problem ist auch die Lustlosigkeit, Mutlosigkeit und Freudlosigkeit. Letzteres als mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder ein er-

freuliches Ereignis gemütsmäßig adäquat zu reagieren, von der Genussfähigkeit ganz zu schweigen. Solche Menschen sind oft unfähig, sich unbekümmert zu freuen oder überhaupt etwas zu empfinden.

Schmerzlich, ja manchmal in Panik treibend sind auch Merk- und Konzentrationsstörungen und besonders die Klage über verlangsamtes, umständliches, zähflüssiges, mühsames, einfallsarmes Denken, das nur um wenige Themen kreist. Erschreckend – vor allem für die Betroffenen selber – ihre Ideenarmut, das Haften-Bleiben an Banalitäten bis hin zum Problem-Grübeln, ja zur Grübelsucht (vor allem über ihre körperliche Erkrankung) mit erschwertem Gedankenwechsel.

Viele Patienten sind auch empfindlich, ja überempfindlich, sensibel, leicht verletzlich, kränkbar geworden, dazu unzufrieden bis vorwurfsvoll, fühlen sich unverstanden, reagieren dann – gewollt, aber meist ungewollt – missmutig, schlecht gelaunt, mürrisch, ja reizbar bis aggressiv.

Vor allem diese Mutlosigkeit, also verzagt, ratlos, schwer nehmend, leicht irritierbar, pessimistisch, insbesondere die chronische negative Sichtweise („schwarze Brille“), setzt nicht nur den Betroffenen, sondern auch ihrem Umfeld zu – je länger, desto zermürender.

Manche klagen auch über innere Unruhe, sind nervös, fahrig, „wie unter Strom“, dabei nach außen – wie erwähnt – müde, matt, ausgelaugt und rasch erschöpfbar. Viele sind auch verlangsamt, umständlich, unschlüssig, wankelmütig, bisweilen regelrecht körperlich (und nicht nur seelisch) blockiert.

Das alles macht natürlich Angst, konkret Furcht vor der Zukunft und dem, was droht (wenn es nicht endlich besser wird, doch danach sieht es ja lange nicht aus, siehe chronischer Verlauf).

Die Schwermut des Depressiven

Vielleicht kommt jetzt die Frage auf, warum bisher nicht das Kern-Symptom der Depression, nämlich die Schwermut, Melancholie, Traurigkeit zur Sprache kam? Das ist einfach und kompliziert zugleich, weil es gerne auf die falsche Fährte lockt. Die Traurigkeit im herkömmlichen Sinne, also wie man sich einen traurigen Menschen im Alltag vorstellt, spielt ja bei der Depression ohnehin nicht die wichtigste, jedenfalls nicht die vordergründigste Rolle. Depressive sind eher seelisch-körperlich herabgestimmt, unglücklich, bedrückt, und das alles am ehesten hinter der Fassade organischer Beschwerden verborgen (s. u.).

Manchmal liegt sogar überhaupt keine „seelische Schwermut“ vor, sondern eher eine „*leibliche Traurigkeit*“, meist in Brust-, Magen- oder Kopfgegend lokalisiert.

Auch das *Weinen* sollte man nicht überbewerten. Wenn Tränen kommen, dann ist das sogar ein günstiges Genesungs-Zeichen. Doch Patienten mit einer biologisch angelegten, meist eindeutig erblichen Depression (früher endogen genannt), können sogar oftmals gar nicht weinen, was zu dem stumpfen, leeren Blick des Depressiven führt. Der Grund: Es fehlt an Tränenflüssigkeit (sowie bei schwer Depressiven auch eine hartnäckige Mundtrockenheit wegen mangelhafter Speichel-Produktion quält).

Unter den *körperlichen Symptomen*, die bei Depressionen generell und bei organisch bedingten im Speziellen dominieren, jedenfalls was die offizielle Klage anbelangt, finden sich am ehesten Schlafstörungen, meist Ein- und Durchschlafstörungen, gelegentliches auch frühes Erwachen. Dazu Beeinträchtigungen im Bereich von Kopf, Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Wirbelsäule und Gelenke sowie Vegetativum (Schweißausbrüche, Hitzewallungen). Natürlich sind auch Libido und Potenz beeinträchtigt.

Was sich dagegen *relativ selten* findet, das sind die eher für die erwähnten „endogenen“ Depressionen typischen Schuldgefühle, die Überbewertung früherer oder aktueller und meist geringfügiger Verfehlungen und das schuldhafte Verarbeiten des krankheitsbedingten Nicht-Könnens oder -Versagens. Das Gleiche gilt für Versündigungsideen, depressive Wahnsymptome wie hypochondrischer (Krankheits-) oder Verarmungswahn, Schuld- oder Versündigungswahn, Entfremdungserlebnisse (ich bin gar nicht mehr ich selber) usw. Hier stellt sich der organisch Depressive wenigstens etwas besser (was er aber durch Belastung anderer Symptom-Bereiche wieder ausgeglichen bekommt).

Nicht unterschätzen sollte man dafür jedoch den Lebensüberdruß, die Lebensmüdigkeit, die nicht sofort in eine kritische *Suizidgefahr* münden muss, dafür aber immer beunruhigend vor sich hin glimmt.

Was die irritierenden *Verhaltensauffälligkeiten* im Rahmen einer Depression anbelangt, so sind Rückzug und Isolationsgefahr ohnehin ein Problem, vor allem der Rückzug ins Bett: tags dösig, nachts wach. Auch die Vernachlässigung der üblichen Aktivitäten, vom Essen bis zur Körperhygiene ist natürlich ein grundsätzliches Depressions-Problem, bei organisch Depressiven aber oft noch ausgeprägter.

Charakteristische Auffälligkeiten?

Die alten Psychiater mit jahrzehntelanger Erfahrung wollen darüber hinaus noch folgende Symptome berücksichtigt finden, die gerade bei organischen Depressionen eine Rolle spielen sollen: Dazu gehören neben Merk- und Konzentrationsstörungen auch die örtliche, zeitliche und autopsychische Desorien-

tierung (also zur eigenen Person), bisweilen die Tendenz zu Konfabulationen (Ausfüllen realer Erinnerungslücken durch erfundene Geschichten) und die Neigung zur Perseveration, also eine beharrliche Fortdauer von Gedanken, Worten und Bewegungen.

Wichtig sei auch die affektive Labilität, wenn nicht gar Inkontinenz: gemütslabil bis rührselig, manchmal sogar ein leises Vor-sich-hin-Weinen (mitunter fast zwanghaft) oder gar heftiges Schluchzen, selbst bei nichtigen Anlässen und Schwierigkeiten. Dazu eine Verlangsamung und Einengung der geistigen und Gefühlswelt, die Neigung zur Verallgemeinerung, zur Monotonisierung (alles gleich), ein ängstlich-agitiertes Verhalten mit ständiger Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit und Gespanntheit bis hin zur rastlosen Scheintätigkeit. Bei den körperlichen Erscheinungen fallen vor allem noch Schwindel-Attacken, Ohrgeräusche u. a. auf.

Insgesamt – so die Psychiater – geht die Stimmungslage mehr ins depressiv-dysphorisch (missgestimmt)-gereizte, was rasch wechseln könne.

Außerdem fehle bei den organischen Depressionen die charakteristische Tagesschwankung, wie es die „endogenen“ Depressionen zeigen, meist mit Morgentief („Morgengrauen“) und nachmittäglicher Aufhellung.

Nach allen diesen Informationen stellt sich aber nun die einleitende Frage: Wie äußert sich eine Depression nach Schlaganfall auf der Basis moderner wissenschaftlicher Erkenntnisse? Dazu die Kurzfassung eines Fach-Artikels von den Doktoren G. Kronenberg und J. Katchanov sowie Professor Dr. M. Endres von der Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik Berlin (Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin bzw. Charité Campus Mitte) in der Fachzeitschrift Nervenarzt 10 (2006) 1176.

Depression nach Schlaganfall: Poststroke-Depression

Der international gebräuchliche Begriff für eine Depression nach Schlaganfall lautet (natürlich in Englisch): poststroke depression (PSD).

Es sind aber nicht nur Depressionen, die nach einem Schlaganfall drohen. Es wird auch von Panikattacken, Generalisierten Angststörungen und sogar manischer Hochstimmung berichtet, alles im Gefolge eines solchen ischämischen Hirninfarktes, wie der Schlaganfall in Fachkreisen heißt.

Mit Abstand am häufigsten aber ist eben die Depression. Je nach Untersuchung – die Daten streuen zwar stark, dafür aber alle eindeutig hoch –, droht eine solche Depression zwischen 11 und 55%, d. h. bei jedem Zehnten bis Zweiten mit einem Schlaganfall.

In den USA spricht man von rund jedem Dritten. Oder in nackten Zahlen: Es erleiden in den USA jährlich über eine halbe Million Menschen einen ischämischen Insult; nach vorsichtiger Schätzung geht man dabei von mindestens 150.000 Schlaganfall-Überlebenden aus, die von einer Schlaganfall-Depression gequält werden.

Sicher ist, dass die Diagnose zu selten gestellt und eine gezielte adäquate antidepressive Behandlung dann ebenfalls zu selten, wahrscheinlich aber noch seltener empfohlen, eingeleitet und damit genutzt wird.

Das ist einerseits eine unnötige Qual, andererseits auch für die Zukunft der Betroffenen bedenklich. Denn eine PSD (poststroke depression) beeinträchtigt auch die funktionelle Wiederherstellung nach Schlaganfall, wie die Experten es nennen. Warum? Zum Beispiel durch noch unzureichendere persönliche Unabhängigkeit in Form von Sitzen, Gehen, Treppensteigen usw. Das schlägt sich natürlich auch in Kosten nieder. So stellte man fest, dass das Gesundheitssystem von Schlaganfall-Patienten mit einer Depression deutlich stärker in Anspruch genommen wird (z. B. durch vermehrte stationäre Behandlung).

Dabei sollen es nur wenige **Risiko-Faktoren** sein (Fachbegriff: Risikomarker), auf die man achten muss, vor allem die drei

1. körperliche Beeinträchtigung
2. Schwere des Schlaganfalls
3. kognitive (geistige, intellektuelle) Beeinträchtigung

Weitere Aspekte sind soziale Isolation sowie weibliches Geschlecht (das allgemein von Depressionen stärker beeinträchtigt und deshalb auch nach einem Schlaganfall zusätzlich häufiger belastet ist).

Im Grunde gilt es also auf den Schweregrad und die körperliche und geistige Beeinträchtigung zu achten; und dies bei Frauen noch mehr als bei Männern.

Eine einfache Befragung unter dem Pflegepersonal so genannter Stroke-Units, also Schlaganfall-Spezialabteilungen, ergab noch eine Reihe nachvollziehbarer Hinweise, wie sie aber vor allem im Stations-Stress offenbar nur selten registriert werden, nämlich: Weinen, Traurigkeit, apathisches (teilnahmsloses) Verhalten und sogar Aggressivität. (Die alten Ärzte kannten den bezeichnenden Begriff der „feindseligen Depression“, die nicht nur fremd-aggressiv, sondern in einer Art „Kipp-Reaktion“ auch selbst-gefährlich werden kann, nämlich durch Suizid.)

Welches sind die hypothetischen Ursachen?

Die Ursachen einer Schlaganfall-Depressionen sind mehrschichtig, wie bei allen organischen Depressionen auch. Das ist zum einen die seelische und psychosoziale Belastung durch Krankheit und Behinderung, zum anderen der ischämische Schaden durch Durchblutungsmangel und damit bedingte strukturelle und neurochemische Veränderungen im Gehirn (Gehirnsubstanz sowie biochemische Gehirnfunktion). Natürlich entwickeln auch Patienten mit einer orthopädischen Erkrankung von Wirbelsäule und Gelenke depressive Reaktionen, aber sehr(!) viel seltener eine Depression wie nach Gehirnschlag. Es muss also doch einen spezifischen Zusammenhang geben zwischen depressivem Zustand und Schlaganfall.

Unklar ist die Frage, wo sich der Schaden im Gehirn verdichtet. Einige Experten sprechen von linksseitigen frontalen Läsionen (also im Bereich des Stirnhirns), andere sehen eher die linksseitigen Basalganglien geschädigt, eine Gruppe von Nerven-Kernen im End- und Zwischenhirn, allerdings auch mit frontaler (Stirnhirn-)Beteiligung. Dem Laien dürfte das weniger interessieren; auch nicht dass die rechte Gehirnhälfte diskutiert wird, hier allerdings eher der rechte Hinterhauptslappen. Und dass selbstredend auch einmal kein Zusammenhang festgestellt werden konnte, was vor allem auf die Schwierigkeit des komplexen Phänomens „Schlaganfall-Depression“ und seiner vermuteten Lokalisation im Gehirn hinweist.

Etwas interessanter ist die schon Jahrzehnte zurückliegende Erkenntnis, dass ältere depressive Menschen vermehrt unter vaskulären, also gefäßbedingten Erkrankungen leiden. Neuerdings spricht man dann auch von „vaskulärer Depression“ mit vor allem depressivem Beschwerdebild im höheren Lebensalter, und dies im Zusammenhang mit einer so genannten zerebro-vaskulären Morbidität; oder auf Deutsch: Krankheit durch Gehirngefäß-Störung. Weitgehend akzeptiert ist dabei die Überlegung, dass solche Gefäßerkrankungen zum einen Depressionen bahnen (prädisponieren, also die Voraussetzung bilden), zum anderen sie schließlich regelrecht auslösen und zuletzt unterhalten (perpetuieren).

Natürlich sind solche dauerhaft gefäß-geschädigten Patienten nicht so akut bedroht, wie bei einem Gehirnschlag, der ja nun wirklich wie ein Schlag über sein Opfer herfällt. Dafür sind sie aber mit einer Reihe von geistigen und auch stimmung-abhängigen Symptomen geschlagen, die sich schließlich auch in einer Depression äußern können (siehe die obige Darstellung). Auch wurden bereits so genannte neuropathologische Befunde erörtert, bei denen man wiederum konkrete Hirn-Areale im Verdacht hat, besonders anfällig zu sein (Fachbegriff: weiße Substanz des dorsolateralen präfrontalen Kortex). Ist das nur eine wissenschaftliche Gedanken-Spielerei? Keineswegs.

Denn wenn dem so wäre, würden solche vaskulären Defizite bzw. Durchblutungsstörungen mit entsprechenden Konsequenzen in bestimmten Hirngebiete-

ten einen Risikofaktor für einen späteren Schlaganfall darstellen, und dies mit der besonderen Gefahr einer Schlaganfall-Depression.

Während die Wissenschaftler früher beides strikt getrennt hielten, also vaskuläre (gefäßbedingte) Depression und Schlaganfall-Depression, kann man sich heute eine Art Kontinuum vorstellen, einen zweiseitigen Zusammenhang: Damit wäre die Depression zum einen häufig Folge eines Schlaganfalls, wird aber auch als unabhängiger Gefäß-Risikofaktor genannt.

Für den Alltag hieße dies, dass man bei auffälliger Depressions-Anfälligkeit (vor allem im höheren Alter) auch mit einem gesteigerten Schlaganfall-Risiko rechnen müsste. Das scheint sich zu bestätigen.

Oder auf den Alltag bezogen: Der Schlaganfall hat eine mehrschichtige Ursache, zu der neben Gefäß-Risikofaktoren wie Blutdruck, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechsel, Nikotinmissbrauch, immunologische Veränderungen und eine Funktionsstörung der Blutplättchen auch die Depression gehört.

Was kann man tun?

Angesichts der hohen medizinischen und – darüber darf man heute ungestraft sprechen –, auch der wirtschaftlichen Bedeutung der Depression nach Schlaganfall, überrascht es selbst die Experten, dass nur wenige Untersuchungen zur Therapie bzw. möglichen Vorbeugung eines solchen seelischen Leidens nach neurologischem „Schicksalsschlag“ vorliegen. Und die, die verfügbar sind, zeigen ein wenig einheitliches Bild, was ihre konkreten Empfehlungen anbelangt.

Wie behandelt man nun eine drohende Depression nach Schlaganfall, die ja – wie bereits erläutert – auch aggressive Reaktionen wie Reizbarkeit, Ärgerlichkeit, ja Wutausbrüche enthalten kann. Die Antwort lautet: Am besten wie bei anderen Depressionen auch, nämlich mit Antidepressiva.

Die Ergebnisse halten sich aber leider in Grenzen, ja, sie sind in einigen Studien sogar ernüchternd unzureichend. Das verwundert übrigens nicht. Schließlich handelt es sich hier um eine mehr oder weniger massive Beeinträchtigung, wenn nicht gar Schädigung von Hirnsubstanz und damit „zentralnervöser Funktionen“. Oder auf Deutsch:

Wenn die organische Grundlage seelischer Stabilität (nämlich Gehirnssubstanz und damit Gehirnfunktion) in Mitleidenschaft gezogen wurde oder gar wegbricht, können auch die besten Medikamente (erst einmal) wenig ausrichten.

Trotzdem raten die Experten zu einer antidepressiven Behandlung. Denn in der Mehrzahl der in wissenschaftlich exakt durchgeführten Studien (z. B. „dop-

pelblind“, wie der Fachausdruck heißt) ist nun doch eine zumindest dezente Reduktion des Beschwerdebildes registriert worden. Und das ist schon etwas, vor allem in der an sich doppelt-verzweifelten Lage, nämlich Schlaganfall *und* Depression.

In einem Punkt sind sich übrigens alle Fachleute einig: Wenn Antidepressiva, dann die moderneren Antidepressiva. Denn die haben bei gleicher Wirkstärke dann doch deutlich weniger Nebenwirkungen. Und gerade Schlaganfall-Patienten scheinen bei Einsatz der älteren, so genannten tri- und tetrazyklischen Antidepressiva vermehrt mit unangenehmen Begleiterscheinungen zu reagieren, was die angespannte Behandlungs-Situation naturgemäß noch verschlechtert. Deshalb greift der Arzt inzwischen zu den so genannten Serotonin- und/oder Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern, wie die neuen Antidepressiva genannt werden.

Untersucht wurden natürlich auch alternative Verfahren, vor allem wenn kein Medikament mehr ansprach und die Situation unerträglich zu werden drohte. Dazu gehören zum einen die moderne transkranielle Magnetstimulation (derzeit intensiv beforscht, offenbar positive Ergebnisse, zumindest in Einzelfällen) und die alte, zu Unrecht verteufelte Elektrokonvulsions-Behandlung („Elektroschock“, heute auch Durchflutungstherapie genannt). Bei Letzterem mag es verwundern, dass man ein schlaganfall-vorgeschädigtes Gehirn dann noch mit einer solchen Behandlung belastet, doch hier sind es ohnehin die Vorurteile ohne ausreichende fachliche Aufklärung, die alles verdüstern. Denn die beteiligten Wissenschaftler halten die elektrokonvulsive Behandlung auch für diese Patienten für geeignet, effektiv und sicher.

Zuletzt interessiert die Psychiater und Neurologen natürlich noch die Frage: Wenn fast jeder zweite Schlaganfall-Patient noch mit einer Schlaganfall-Depression zu rechnen hat, hilft es dann, wenn man nach dem Hirnschlag vorbeugend über längere Zeit ein Antidepressivum gibt?

Hier liegen inzwischen wissenschaftlich exakte Studien mit bestimmten antidepressiven Substanzen vor, teils aus der älteren, teils aus der neueren Generation. Leider herrscht sowohl als auch eher Ratlosigkeit und damit Forschungsbedarf, wie die Experten zugeben.

So gibt es Fälle, da lässt sich das drohende depressive Beschwerdebild nach Schlaganfall zumindest in Grenzen halten und man meint sogar annehmen zu können, dass die gesamte seelisch-körperliche Situation sich besser stabilisiere. Legt man jedoch einen scharfen wissenschaftlichen Maßstab an, muss man mit den positiven Aussagen dann doch zurückhaltender sein. Oder kurz:

Ob eine vorbeugende antidepressive Behandlung nach Schlaganfall nützt, bleibt eine offene Frage. Schaden soll es aber nicht, dem Schlaganfall-Patienten.

ten auch über Wochen und Monate hin vorbeugend ein Antidepressivum zu verordnen.

LITERATUR

Sehr spezifisches Thema, das auch noch nicht sehr lange und gezielt beforscht wurde. Deshalb halten sich die wissenschaftlichen Berichte noch zahlenmäßig (und auch inhaltlich?) in Grenzen. Das Gleiche gilt dann natürlich umso mehr für allgemeinverständliche Beiträge.

Ausführliche Darstellungen zum Thema *Depressionen* finden sich allerdings in verschiedenen Beiträgen dieser Serie. Eine umfangreichere Literatur-Übersicht (fast ausschließlich englisch) bietet der erwähnte Fachartikel über die Poststroke-Depression.