

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DEPRESSION UND KÖRPERLICHE KRANKHEIT

Depressive Störungen bei Herzerkrankung, Hirnschlag, Krebsleiden, Niereninsuffizienz, Morbus Parkinson, HIV-Erkrankungen u. a.

Depressionen gehören nicht nur zu den häufigsten, sondern auch quälendsten seelischen Leiden bis hin zur ernststen Suizid-Gefahr. Und dies schon bei alleiniger Krankheitslast durch diese psychiatrische Erkrankung. Noch beeinträchtigender, vor allem auch schwieriger zu diagnostizieren und erfolgreicher zu behandeln, sind häufig krankheitswertige depressive Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Hier muss in etwa 30 bis 40 % der Betroffenen mit einer solchen Folge gerechnet werden. Eine möglichst frühzeitige, sachgerechte und intensive Behandlung kann bei dieser Doppelbelastung natürlich die Lebensqualität des Patienten (und seines Umfelds) erheblich verbessern. Eine stabilisierte Stimmungslage hat auch positive Auswirkungen auf den Verlauf der körperlichen Erkrankung, wie man inzwischen weiß. Und sie trägt zur Vermeidung zusätzlicher psychosozialer Einbußen bei und entlastet damit auch die Angehörigen des mehrfach erkrankten Familienmitglieds. Was muss man also diagnostisch, differential-diagnostisch, therapeutisch und rehabilitativ zum Thema *Depression und körperliche Krankheit* wissen? Dazu ein etwas ausführlicherer Beitrag.

Erwähnte Fachbegriffe:

Depression – körperliche Krankheit – depressive Störung bei körperlich Kranken – Trauer – Trauer-Reaktion – abnorme Trauer-Reaktion – pathologische Trauer-Reaktion – gehemmte Trauer-Reaktion – traumatische Trauer-Reaktion – Beschwerdebild einer Trauer-Reaktion – Beschwerdebild einer Depression – Major Depression – Endicott-Kriterien – Beschwerdebild einer Depression nach körperlicher Erkrankung – Häufigkeit depressiver Störungen bei körperlich Kranken – Klassifikation gleichzeitiger körperlicher und psychischer Erkrankungen – Einfluss depressiver Störungen auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen – Depression bei koronarer Herz-Erkrankung – Herz-Infarkt und

Depression – Myokard-Infarkt und Depression – Herz-Insuffizienz und Depression – koronare Herz-Erkrankung und Depression – cerebraler Insult und Depression – Hirnschlag und Depression – apoplektischer Insult und Depression – post-stroke-Depression – Krebs-Erkrankung und Depression – Nieren-Insuffizienz und Depression – Dialyse und Depression – Parkinson'sche Krankheit und Depression – HIV-Erkrankung und Depression – AIDS und Depression – Knochenmarks-Transplantation (KMT) und Depression – Defibrillator-Implantation und Depression – Elektroschock und Depression – Pharmakotherapie und Depression – Arzneimittel und Depression – Medikamente und Depression – Suizidgefahr nach körperlicher Erkrankung – Therapie depressiver Störungen bei körperlichen Erkrankungen: Psychotherapie, Pharmakotherapie, Soziotherapie, weitere Behandlungs-Verfahren – u. a. m.

Das Wort *Depression* gehört in unserer Zeit und Gesellschaft inzwischen zu den gefürchtetsten Fachbegriffen, weit mehr als früher Schwermut, Melancholie u. a. Und dies zu Recht. Denn zum einen gibt es kaum ein so breit gefächertes und tief belastendes Leidensbild, das zum anderen auch noch so gefährlich ausgehen kann (wahrscheinlich höchstes Suizid-Risiko aller Krankheiten).

Depressionen sind zwar ein weitgehend „stilles Leiden“, aber zusammen mit Demenz wohl am meisten gefürchtet. Bis vor einiger Zeit übrigens auch am meisten nachgefragt, was seelische Krankheiten anbelangt. Diese Position wurde zwischenzeitlich an das Burnout-Syndrom abgetreten, was sich aber wieder gelegt hat. Außerdem ist Burnout für viele Ärzte letzten Endes nichts anderes als die früher häufig diagnostizierte Erschöpfungs-Depression, wobei man beim gleichen Leidens-Phänomen wäre.

Kurz: Depressionen, die früher so genannte Gemüts-Krankheit, bewegen auch heute noch die Gemüter, mehr denn je und nicht ohne Grund. Und deshalb liest, hört und sieht man auch mehr darüber als früher, nicht nur in den Medien, auch – durch gezielte Fach-Informationen aufmerksam gemacht – in seinem weiteren und sogar näheren persönlichen Umfeld. Vielleicht war man schon einmal selber betroffen, fachärztlich diagnostiziert und behandelt, zu meist wohl aber professionelle Hilfe meidend („was nicht sein darf, kann nicht sein“) und für sich still leidend durchgestanden.

Gleichwohl gibt es zwei Bereiche, die trotz deutlich verbessertem Kenntnisstand der Allgemeinheit noch immer weitgehend unbekannt sind. Dazu gehören zum einen die so genannte Symptomatik der Depressionen, also das erwähnte Beschwerde- bzw. Leidensbild und zum anderen die möglichen Ursachen bzw. Hintergründe. Letzteres wurde in früheren Klassifikationen noch unterteilt, beispielsweise in reaktiv, neurotisch oder erschöpfungs-bedingt sowie „endogen“, d. h. überwiegend biologisch interpretierbar und dabei nicht selten erblich.

Diese, heute nicht mehr übliche Klassifikation bestand aber nicht nur aus diesen beiden Haupt-Säulen, sprich psychogene (also reaktiv, neurotisch und erschöpfungs-bedingt) und endogene Depressionen, sondern wurde durch eine dritte ergänzt, die man als somatogen bezeichnete, also körperlich begründet. Die wurde dann früher noch unterteilt in symptomatische und organische Depressionen, d. h. indirekt oder direkt auf das Gehirn einwirkend. Indirekt hieße beispielsweise Herz-Kreislauf-Störungen, direkt Hirntumor, Hirnschlag, Kopf-unfall u. a.

Diese Sparte, nämlich depressive Störungen durch körperliche Krankheiten, interessiert die Medizin immer mehr. Und dies aus gutem Grund, denn sie wird immer häufiger zum Problem, sprich zur wachsenden Krankheits-Last. Und zwar nicht nur für die leidenden Betroffenen, auch aus wirtschaftlichen Gründen generell, sprich Kosten. Nachfolgend deshalb ein etwas ausführlicherer Beitrag zu diesem Thema.

Grundlage dieser Ausführungen ist der Fachartikel *Depressive Störungen bei körperlich Kranken* von Professor Dr. V. Arolt und Dr. M. Rothermundt von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitäts-Klinikum Münster in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 11/2003. Dieser Beitrag wiederum basiert auf vor allem zwei Fachbüchern in deutscher Sprache (was gerade bei diesem Thema ein Gewinn, weil eher selten ist), nämlich V. Arolt und A. Diefenbacher (Hrsg.): *Die Häufigkeit psychischer Störungen bei körperlich Kranken*. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2004 sowie V. Arolt: *Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1997. Im Einzelnen:

DEPRESSIVE STÖRUNGEN BEI KÖRPERLICH KRANKEN

Depressionen sind also häufig. Auch depressive Störungen bei körperlich Erkrankten sind häufig und belasten mit einem zusätzlichen Leidensdruck zu den ohnehin schon vorliegenden Beschwerden. Vor allem wirken sie sich auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen ungünstig aus. Das ist einerseits psychologisch bzw. psychosozial zu verstehen, andererseits kennen wir inzwischen biologische Verbindungen zwischen körperlichen Erkrankungen und unterschiedlichen psychischen Syndromen (also mehr oder weniger zusammengehörigen Symptomen). Das nennt man Co-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt.

Diese Mehrfach-Belastung wird ebenfalls immer häufiger (oder öfter realisiert und damit diagnostiziert). Das braucht dann natürlich auch eine mehrschichtige Behandlung, also nicht nur die körperlichen, sondern auch die seelischen Krankheitszeichen und ihre psychosozialen Auswirkungen mildernd. Leider wird dies bisher erstaunlich wenig umgesetzt, ja überhaupt registriert, auch

von den Ärzten. Deshalb auch die lange, aber zutreffende Experten-Mahnung (nach V. Arolt und M. Rothermundt, 2003):

„Ausmaß und Konsequenzen dieser Co-Morbidität, ihre sozio-ökonomischen Implikationen, aber auch die vorhandenen effizienten therapeutischen Möglichkeiten stehen in einem erstaunlichen Kontrast zu einer in der medizinischen Routine-Versorgung körperlicher Kranker nach wie vor mangelhaften Diagnostik und Therapie depressiver Störungen“. Dem ist nichts hinzuzufügen, das ist nicht nur medizinisch unverständlich, sondern für die Betroffenen auch bitter.

Natürlich hat dies auch seine Gründe, die es durchaus zu verstehen, zumindest aber zu erläutern gilt. Dies ist zum einen die langsam unerträgliche Belastungs-Situation in Klinik und Praxis, oder kurz: Immer weniger müssen immer mehr leisten, und das bei zunehmendem diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeitsgrad im Stress-Alltag niedergelassener und klinisch tätiger Ärzte. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie, u. a. in den Rezensionen zum Thema Psychiatrie heute 1 und 2, dem Kapitel über den „idealen Arzt“ u.a.m.

Zum anderen gilt es aber psychopathologische Hürden zu überwinden. Dazu gehört beispielsweise etwas, was in der Allgemeinheit wahrscheinlich wenig auffällt bzw. gar als nicht bedeutsam eingestuft wird. Gemeint ist die Unterscheidung zwischen Trauer und Depression, fachlich als Differentialdiagnose bezeichnet.

Zwischen Trauer und Depression unterscheiden lernen

Hier ist – so sonderbar sich das anhört – als erstes eine mehr emotional getönte Barriere zu überwinden, und zwar vonseiten der diagnostizierenden und behandelnden Ärzte. Man stelle sich einfach folgende Situation vor: Vor einem sitzt, steht oder liegt ein Mitmensch, offensichtlich an einem körperlich Leiden schwer erkrankt – mit allen Konsequenzen. Das ist schon ein schweres Schicksal (und für die Ärzteschaft eine große, mitunter sogar kaum erfolgreich zu bewältigende Aufgabe). Nun soll einem solch körperlich schwer Kranken angesichts der gegebenen Lebens-Umstände und vor allem Lebens-Erwartungen ärztlicherseits noch eine Depression „angehängt“ werden.

Der zweite Grund ist weniger emotionaler, mehr fachlicher Natur: Das Leidenbild, das zur Diagnose einer Depression passen könnte, kann unter gegebenen Bedingungen (Beschwerden, Folgen, Aussichten) auch als normale, natürliche, nachvollziehbare Reaktion gedeutet werden, was in diesem Fall als Trauer-Reaktion zu bezeichnen wäre. Und Trauer kann man den Betroffenen durchaus zugestehen, ohne gleich zu irgendwelchen Maßnahmen zu greifen, mit Ausnahme natürlich von Mitgefühl, Zuspruch, Tröstung und Hoffnungshinweisen. Eine seelische Krankheit namens Depression allerdings bräuchte über diese Zuwendungen hinaus ggf. eine gezielte antidepressive Behand-

lung, sprich entsprechende stimmungsaufhellende Psychopharmaka, die vielleicht noch mit der einen oder anderen Nebenwirkung das Beschwerdebild verstärken könnten. Auch diesen Einwand muss man akzeptieren.

Kurz: Hier ist eine professionelle Unterscheidung zwischen Trauer und Depression unerlässlich. Sonst droht letztlich therapeutische Untätigkeit mit allen Konsequenzen, von der Lebensqualität bis zur Lebenserwartung.

Nun ist es aus alltags-klinischer und sogar wissenschaftlicher Sicht gar nicht einfach, zwischen Trauer und Depression zu differenzieren. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie über Trauer, Anpassungsstörungen, Depressionen u. a. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu einem Thema, das also wissenschaftlich noch nicht abgeschlossen und damit allseits verbindlich definiert ist (vielleicht in letzter Vollendung gar nicht definiert werden kann).

Welche Arten von Trauer gibt es?

Als erstes gilt es die naheliegendste Definition von *Trauer* zu berücksichtigen, nämlich:

- **Trauer** ist eine „natürliche“ Reaktion bei einem Verlust, in dessen Rahmen sich der Trauernde intensiv mit diesem Verlust auseinandersetzt, wobei typischerweise verschiedene Phasen durchlaufen werden können.

Das seit dem 17. Jahrhundert gebräuchliche Wort „Trauer“ steht für „Kummer“ und „Gram“ und wurde schließlich durch den Begründer der Psychoanalyse, Professor Dr. Sigmund Freud wie folgt definiert: „Trauer ist regelmäßig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw.“ Inzwischen gibt es ein fast nicht mehr überschaubares Angebot an Fachliteratur zu diesem Thema.

Im Rahmen der verschiedenen Phasen ist dieser Trauer-Prozess verbunden mit einem Trennungs-Schmerz, häufiger innerer Beschäftigung mit dem Verlorenen (also nicht nur eine Person, sondern auch Lebensumstände, ja Lebenswünsche, von denen man sich verabschieden muss), gefolgt von intensiver Sehnsucht, um schließlich in eine emotionale (gemütsmäßige) und kognitive (geistig verarbeitete) Akzeptanz des Verlusts zu münden. Oder psychoanalytisch gesehen: die innere Lösung vom verlorenen Objekt (womit Seelisch-Geistiges aber auch Materielles gemeint sein kann).

Geleistet wird das durch eine so genannte Trauer-Arbeit, einem innerseelischen Vorgang, der in der Regel auch seinen mehr oder weniger tragbaren Abschluss findet. Zuvor gilt es allerdings entsprechende Trauer-Symptome zu ertragen, z. B. Gefühle der Wertlosigkeit, des Versagens, der Hoffnungslosigkeit und in mehr körperlicher Hinsicht Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Schlafstörungen und schließlich auf psychosozialer Ebene Leistungseinbußen usw.

Nun gibt es neben dieser „normalen“ Trauer bzw. „natürlichen“ Reaktion auf den entsprechenden Verlust auch eine so genannte

- **abnorme** oder **pathologische Trauer(reaktion)**: Dieses Beschwerdebild unterscheidet sich von der normalen Trauer-Reaktion durch intensivere Symptome, die länger anhalten und nicht bzw. lange nicht zu einer inneren Lösung führen. Die Folge ist eine deutliche Beeinträchtigung in der Lebensführung, was sich vor allem für die weitere Lebensgestaltung nachteilig auswirken kann.

Die ton-angebenden Institutionen in der Psychiatrie, nämlich die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation - WHO und das DSM der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung - APA sprechen bei der pathologischen Trauer-Reaktion von einer depressiven Reaktion oder reaktiven Depression (so die einstige Klassifikation) und nennen es heute eine Anpassungsstörung.

Dabei lassen sich im Wesentlichen zwei Sub-Typen der pathologischen Trauer abgrenzen:

- - Die **gehemmte Trauer-Reaktion**, die man im Allgemeinen als die typische(re) Form der pathologischen Trauer ansieht. Dabei gibt es ein charakteristisches Phänomen, nämlich dass der Affekt der Traurigkeit, den man bei der entsprechenden Auslöse-Situation erwarten würde, vom Betroffenen gar nicht wahrgenommen, zumindest aber nicht entsprechend ausgedrückt werden kann. An seine Stelle tritt eher eine emotionale Reglosigkeit bis hin zur affektiven Versteinerung. Und oft begleitet von Interessen-Verarmung, Schwunglosigkeit, diffusen körperlichen(!) Beschwerden und sozialem Rückzug.
- - Die **traumatische Trauer-Reaktion** als besonders gut untersuchte Form pathologischer Trauer ist dagegen eher von bedrängenden, ungewollt wiederkehrenden und belastenden Gedanken und Erinnerungen an das „Verlorene“ geprägt. Außerdem durch Gefühle der Einsamkeit, inneren Leere und Sinnlosigkeit. Für den weiteren Verlauf und auch die therapeutische Bearbeitung besonders beeinträchtigend sind zudem Gefühle emotionaler Betäubung oder gar die mangelhafte Empfänglichkeit, wenn nicht gar Weigerung, den Verlust (irgendwann doch) zu akzeptieren.

Dies nur als Übersicht eines ansonsten sehr komplizierten, mehrschichtigen, diagnostisch und therapeutisch nicht einfach zu bewältigenden Phänomens, das zudem auch wissenschaftlich ständig in der Diskussion steht. Und als Erklärung dafür, dass es gerade bei körperlich Erkrankten gar nicht so abwegig ist, an eine Trauer-Reaktion zu denken, zumindest was die erwähnte „normale“ Trauer auf den entsprechenden Leidenszustand hin anbelangt.

Gleichwohl muss davon eine depressive Störung, Krankheit oder Erkrankung abgegrenzt werden. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Depressions-

Beiträge in dieser Serie mit einer Vielzahl allgemein-verständlicher Krankheitszeichen auf seelischem, körperlichem (konkreter: psychosomatisch interpretierbarem) und psychosozialen Gebiet.

Depressionen heute

Wie schon aus früheren Bundesgesundheits-Surveys hervorgeht, erleidet fast die Hälfte aller Menschen in Deutschland im Laufe ihres Lebens einmal eine psychische Erkrankung. Dabei sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Damit positionieren sich psychische Störungen auf gleicher Ebene mit körperlichen (Volks)-Krankheiten wie etwa einem Bluthochdruck.

Wenn man die so genannte 12-Monats-Prävalenz heranzieht, dann erkrankt rund ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren innerhalb dieses Zeitraumes an einer psychischen Krankheit. Am häufigsten Angststörungen, somatoforme Störungen, *depressive Störungen (rund jeder Zehnte)* und Alkoholabhängigkeit. Bei den führenden Angststörungen sind es vor allem Phobien, Generalisierte Angststörungen und Panikattacken. Ebenfalls bedeutsam sind Dysthymien (früher als neurotische Depressionen bezeichnet), psychotische Störungen, Rauschdrogen-Abhängigkeit, Zwangs- und Essstörungen.

Aus diesem Grund steigen auch die Behandlungsfälle voll-stationärer Patienten, d. h. diejenigen, die eine Fachklinik in Anspruch nehmen müssen. Fallzahlen für ambulante Behandlungen mit psychischen Erkrankungen sind bisher nicht ausreichend erfasst. Man nimmt aber an, dass etwa jeder Fünfte (sprich mehr als 16 Millionen) ihren Hausarzt oder Psychiater nur wegen seelischen Beeinträchtigungen kontaktiert.

Das wird im Laufe der Zeit auch zum gesundheits-ökonomischen Problem, schlicht gesprochen: Krankheits-Kostenrechnung (direkt durch Krankenhaus-Versorgung, ambulante Behandlung, Arznei, Präventions-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen sowie Verwaltungskosten; indirekt durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod, von einer generell beeinträchtigten Lebensqualität ganz zu schweigen).

Schon die direkten Krankheitskosten durch psychische und Verhaltensstörungen gehen nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes in die Milliarden Euro. Für gut die Hälfte sind allein zwei Diagnosen verantwortlich: Zum einen Demenz-Erkrankungen, zum anderen *Depressionen*.

Wie wird das enden? Auch in Zukunft muss mit einem weiteren Anstieg des Behandlungs-Bedarfs durch psychische Erkrankungen gerechnet werden. Nach Hochrechnungen der WHO kommen im Jahr 2030 in den industrialisierten Ländern fünf der zehn mit den stärksten Beeinträchtigungen verbundenen Erkrankungen aus dem Bereich der Psychiatrie: z. B. *Depressionen*, Demenz, Schizophrenie, *manisch-depressive (bipolare) Störungen* u. a.

Besonderheiten der Depressions-Diagnostik bei körperlich Kranken

Wie aus der dann doch erstaunlich umfangreichen allgemein-verständlichen Übersicht zum Thema „Symptomatik der Depressionen“ hervorgeht, gibt es eine Vielzahl von seelischen, psychosomatisch interpretierbaren und psychosozialen Krankheitszeichen, die auf eine Depression hinweisen können (allerdings nicht zwangsläufig müssen).

Nun könnte man diese Beschwerdebilder auch auf Depressionen im Rahmen körperlicher Leiden übertragen. Aber das hat nachvollziehbarerweise seine engen Grenzen. Warum? Wenn ein entsprechend Erkrankter „nur“ mit einer Depression geschlagen ist, dann kann ihn die angeführte Vielzahl von Symptomen belasten und hat damit auch einen gewissen depressions-typischen Hinweiswert. Wenn aber ein Patient zusätzlich(!) zu seiner Depression noch eine körperliche Krankheit zu ertragen hat, dann kommt ein Beschwerdebild zum anderen und das heißt psychiatrisch, organisch und schließlich auch noch reaktiv. Und da selbst das menschliche Leidens-Spektrum seine Grenzen hat, ist es aus wissenschaftlicher Sicht am Schluss nicht exakt genug differenzierbar, was von wem herrührt. Genau das aber müsste man ja wissen, um ein spezifisches Diagnose-Angebot machen zu können.

Die Experten V. Arolt und M. Rothermundt von der Psychiatrischen Universitäts-Klinik Münster führen dazu in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 11/2003 einige Beispiele an: „Mit vielen akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen gehen Abgeschlagenheit, Müdigkeit und erhöhte Erschöpfbarkeit, aber auch Appetitmangel und Libido-Verlust einher. Diese Beschwerden und Krankheits-Merkmale können daher bei den betroffenen Patienten diagnostisch nicht a priori als Symptome einer Antriebsstörung bzw. Vitalstörung im Rahmen einer Depressions-Erkrankung gewertet werden. Deshalb sollte sich die Diagnose einer depressiven Störung zumindest bei schwerer körperlich Erkrankten weniger auf die Feststellung von Antriebs- und psychomotorischen Defiziten sowie Vitalstörungen beziehen, als vielmehr auf kognitive Inhalte sowie insbesondere auf die „Qualität und das Ausmaß der Verstimmung“. Oder kurz: Nicht so sehr auf die bei vielen Leiden zu ertragende Mattigkeit, Abgeschlagenheit und Erschöpfbarkeit, mehr auf geistige und gemütsmäßige Einbußen achten.

Das hat auch die Wissenschaft umgetrieben und schon früher zu einer Reihe durchaus praktikabler Entwürfe für entsprechende diagnostische Kriterien geführt, beispielsweise für *depressive Störungen bei Krebs-Erkrankungen* (J. Endicott: Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 53 (1984) 2243). Diese, nun schon seit drei Jahrzehnten verfügbaren und mehrfach überarbeiteten und validierten Kriterien gehen von den Depressions-Kern-Hinweisen des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen - DSM-IV-TR der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA)

aus, berücksichtigen aber obige Einschränkungen und sollen deshalb nachfolgend kurz skizziert werden:

Modifizierte Kriterien zur Diagnostik einer schweren Depression (Major Depression nach DSM-IV-TR) bei zusätzlichen körperlichen Erkrankungen nach Endicott	
Kardinal-Symptome nach DSM-IV	Endicott-Kriterien
traurig-gedrückte Verstimmung, Gefühl innerer Leere	traurig-gedrückte Verstimmung, Gefühl innerer Leere
vermindertes Interesse oder Freudlosigkeit	vermindertes Interesse oder Freudlosigkeit
verminderter/gesteigerter Appetit; Gewichtsverlust/-zunahme	<i>depressives Erscheinungsbild/ Weinen</i>
Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf	<i>verminderte Gesprächsbereit- schaft/ sozialer Rückzug</i>
psychomotorische Verlangsamung oder Unruhe	psychomotorische Verlangsamung oder Unruhe
Energieverlust oder erhöhte Erschöpfbarkeit	<i>Grübeln, Pessimismus, Selbstmitleid</i>
Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe	Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe
Minderung der Konzentrations- und Denkfähigkeit sowie Entscheidungsunfähigkeit	<i>verminderte emotionale Responsivität (Ansprechbarkeit)</i>
Suizidgedanken, Suizidphantasien und -pläne	Suizidgedanken, Suizidphantasien und -pläne
Nach J. Endicott, 1984, zit. aus V. Arolt und M. Rothermundt, 2003	

Aus diesem Vergleich geht also hervor, dass vier „somatische“, sprich körperliche Symptome wie Verlust von Appetit/Gewicht, Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis, Verlust von Energie bzw. erhöhte Erschöpfbarkeit

sowie verminderte Konzentrationsfähigkeit ersetzt werden sollten, und zwar durch vier „nicht-somatische“ Krankheitszeiten. Mit anderen Worten:

Bei jeweils eigenständigen depressiven Störungen und körperlichen Krankheiten bei ein und demselben Betroffenen, d. h. wo eine Krankheit zur anderen gekommen ist, sollte vor allem auf ein depressives oder ängstliches Erscheinungsbild, vermindertes Sprechen und sozialen Rückzug sowie Freudlosigkeit, reduzierte Aufheiterbarkeit und pessimistisch gefärbte Grübelneigung geachtet werden.

Natürlich ist die Wissenschaft im Fluss und – wie erwähnt – sogar die Beschwerdebilder, je nach Zeit, Gesellschaft und sonstigen Einflüssen. Deshalb wurden auch hier in einzelnen Punkten Kritik geübt und andere Vorschläge gemacht (z. B. J. S. Mc Daniel u. Mitarb., 2000). Trotzdem haben sie Eingang in Praxis und Forschung gefunden, auch wenn stets mit dem Hinweis: zu den angebotenen diagnostischen Leitlinien die eigene klinische Erfahrung nutzen. Denn dies ist gerade hier von besonderer Bedeutung, vor allem bei Patienten mit „leichter“ körperlicher Erkrankung und zusätzlicher depressiver Störung.

Nun ist das nicht einfach, insbesondere im hektischen Alltag von Klinik und vor allem Praxis. Deshalb wurden entsprechende Screening-Instrumente entwickelt, die auch von medizinisch weniger gut Ausgebildeten eingesetzt werden können. Eines davon ist die Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS. Davon gibt es inzwischen auch eine deutsche Adaptation (Einzelheiten siehe der besprochene Originalartikel in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 11/2003).

Häufigkeit und Verlauf depressiver Störungen bei körperlich Kranken

Wie häufig sind nun depressive Störungen bei zusätzlichen körperlichen Krankheiten? Dazu braucht es größere Stichproben in Allgemeinkrankenhäusern und den Praxen von Allgemeinärzten. Die gibt es inzwischen und kommen zu dem Ergebnis: Die Häufigkeit (Punktprävalenz) beträgt etwa 15 %.

Wird zwischen verschiedenen Depressionsformen differenziert, nach moderner klassifikatorischer Ansicht beispielsweise zwischen „Major Depression“ versus „Minor Depression/Dysthymia“, nach früherer Lesart beispielsweise als endogene Depression versus neurotischer Depression aufgelistet, dann verteilt sich das auf etwa 30 bis 50 % bezüglich schwerer und 50 bis 70 % leichterer Depressionsformen.

Wenn man das genauer differenziert, so ergeben sich aufgrund früherer deutscher Untersuchungen 0,3 % organische (sekundäre) Depressionen, 3,8 % depressive Episoden, 4,3 % Dysthymien und 7,3 % depressive Reaktionen (V. Arolt, 1997).

Dabei ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den internistisch und chirurgisch behandelten Patienten errechnen. In anderen Studien zeigte sich bei ähnlich hoher Gesamt-Morbidität eine etwas geringere Häufigkeit zusätzlicher depressiver Erkrankungen in der Chirurgie, das gleiche Ergebnis hingegen in der Gynäkologie und auf Rehabilitations-Stationen (mit leicht verschobenem Schwerpunkt auf leichtere Depressionen).

Außerdem hat sich natürlich auch etwas herausgestellt, das ohnehin jeder vermutet: Es fallen nicht nur Depressionen mit körperlichen Erkrankungen zusammen, ähnlich belastend und häufig sind auch Alkohol-Missbrauch oder gar -Abhängigkeit und Angsterkrankungen.

Außerdem wurde deutlich, was man sich unter diesen Bedingungen schon als Laie vorzustellen vermag: Das Risiko, zusätzlich an einer eigenständigen Depression zu erkranken, wird natürlich auch durch eine höhere subjektive Beeinträchtigung und insbesondere mögliche Lebens-Bedrohlichkeit der parallel laufenden körperlichen Erkrankung erhöht. Oder kurz: Je ernster das körperliche Leiden, desto eher ist auch mit dem Ausklinken einer eigenständigen Depression zu rechnen.

Natürlich gibt es viele unterschiedliche Ergebnisse, je nach Stichprobe (die naturgemäß nach der jeweiligen körperlichen Erkrankung noch sehr unterschiedlich ausfallen kann). Eines aber fällt jetzt schon auf und soll später noch einmal erörtert werden, nämlich die wahrscheinlich höchsten Morbiditäts-Raten (etwa 30 bis 60 %) bei Krebs-Erkrankungen und cerebralem Insult (Hirnschlag).

Und eine weitere Frage wurde untersucht, allerdings dann doch deutlich seltener, nämlich: Wie lange hält eine solche zusätzliche depressive Erkrankung an, beispielsweise nach Krankenhaus-Behandlung? Das Ergebnis: in etwa 30 bis 40 % über ein Jahr hinweg.

Das bedarf einer besonderen Erwähnung – und vor allem gezielter therapeutischer Berücksichtigung. Denn zum einen scheint man im Allgemein-Krankenhaus relativ häufig auf diese Doppel-Belastung aufmerksam zu werden (nicht zuletzt abgesichert durch den psychiatrischen Konsiliararzt, also beratenden Facharzt auf einer chirurgischen, internistischen, gynäkologischen u. a. Station), wenn auch leider seltener als der Realität entspricht. Zum anderen die offenbar ungeklärte Frage: Wer betreut die klinisch festgestellte Depression nach der Entlassung ambulant weiter?

Das Gleiche gilt für die Klientel von Hausärzten und Internisten, von denen ja auch relativ viele mit psychischen Störungen zu kämpfen haben, nicht zuletzt zusätzlich zu den beklagten organischen Erkrankungen, die in der Regel den Arzt-Besuch wohl erst eingeleitet haben. So gibt es eine internationale WHO-Studie, die auf eine Häufigkeit depressiver Erkrankungen von etwa 12 bis 13 % schließen lässt. Oder kurz: Mehr als jeder zehnte Patient eines nicht-psychi-

atrisch tätigen Arztes hat (auch) eine Depression – erkannt oder wohl zumeist nicht.

Allerdings muss diese dann doch erstaunliche und ernst zu nehmende Zahl wieder relativiert werden, wenn auch nur rein wissenschaftlich. Denn in diese Prävalenz-Raten sind sowohl Patienten eingegangen, die neben ihrer körperlichen Erkrankung auch an einer zusätzlichen Depression leiden, als auch solche, die mit psychischen Symptomen bzw. psychosomatisch interpretierbaren Krankheitszeichen (also ohne organische Ursache) in die Arztpraxis kommen und bei denen eine Depression ohne körperliche Erkrankung besteht. Wissenschaft, sorgfältig angelegt, ist also nicht so einfach, wie man sich das vorstellt. Je mehr man weiß, desto eher kann man auch von methodischen Skrupeln ausgebremst werden.

Was aber auf jeden Fall bedenkens- und berücksichtigungswert ist, fasst folgende Mahnung zusammen: Das Vorliegen einer körperlichen Erkrankung stellt auch ein Risiko für Depressionen dar, und zwar prognostisch ungünstig für die depressive Störung (also was deren Heilungsaussichten anbelangt). Oder kurz: Es drohen nicht nur Rückfälle, sondern auch ein chronischer Krankheits-Verlauf, was vor allem bei Depressionen zu einem hohen Grad von (psycho-)sozialer Behinderung zu führen pflegt.

Zur Klassifikation gleichzeitiger körperlicher und psychischer Erkrankungen

Wer diesen Ausführungen bis hierher gefolgt ist versteht auch, wie schwierig die wissenschaftlichen Korrelationen methodisch sauber zu erfassen und dann auch praktisch verwertbar zu vermitteln sind. Deshalb gibt es auch verschiedene Klassifikations-Vorschläge, was die möglichen Zusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Leiden betrifft. Im Wesentlichen wird derzeit die folgende Typologie akzeptiert (zitiert nach V. Arolt und M. Rothermundt):

- Psychische und körperliche Erkrankungen bestehen unabhängig voneinander: Dieser Zusammenhang ist vermutlich der häufigste. So wurden in einer Stichprobe eines Allgemein-Krankenhauses über die Hälfte der depressiven Episoden, aber auch der Dysthymien (also früher als neurotische Depressionen bezeichnet) als unabhängig von der körperlichen Erkrankung eingeschätzt.
- Die psychische Erkrankung wird durch die körperliche Störung verursacht: Hier werden im Allgemeinen drei Mechanismen diskutiert:
 1. durch die psychische (Fehl-)Verarbeitung einer körperlichen Erkrankung wird ein depressives Leidensbild hervorgerufen. Dies ist in erster Linie bei der depressiven Reaktion der Fall.

2. Die depressive Symptomatik wird durch die körperliche Erkrankung selbst oder ihre Behandlung ausgelöst. Dies ist z. B. bei organischen Hirn-Erkrankungen oder bei der Behandlung von Hepatitis C mit Interferon- α der Fall.
 3. Ein gemeinsamer Faktor verursacht sowohl die körperliche wie auch psychische Erkrankung. Dies könnte z. B. bei chronischem Stress der Fall sein. Dieser könnte zum einen ein erhöhtes Depressions-Risiko bedingen. Zum anderen z. B. ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung eines metabolischen Syndroms (grenzwertige bis krankhafte Gewichtszunahme mit allen Folgen) - und damit zu einem kardio-vaskulären Risiko (Herz-Kreislauf) werden.
- Die psychische Störung wird durch die körperliche Erkrankung verstärkt: Eine bereits vorbestehende Depression kann durch eine zusätzliche körperliche Erkrankung sowohl hinsichtlich ihrer Symptom-Ausprägung wie ihres Verlaufs verschlechtert werden. Eine derartige Verschlimmerung wurde beispielsweise bei etwa einem Drittel jener Patienten gefunden, die in einem deutschen Allgemein-Krankenhaus untersucht wurden.
 - Die körperliche Erkrankung wird durch die psychische Störung verursacht: Diese häufige Erkenntnis geht davon aus, dass insbesondere schwere Depressionen einen unabhängigen Risiko-Faktor für die Entstehung von z. B. kardio-vaskulären Erkrankungen darstellen (kurz gesagt: schwere Depressionen bahnen Herz-Kreislauf-Krankheiten). Allerdings sind hier auch andere Verursachungs-Formen denkbar. Beispiel: Die (Mit-)Verursachung durch einen gemeinsamen Faktor, z. B. psychosozialer Stress. Oder gar die Auslösung einer Depression durch entzündliche Veränderungen am arteriellen Gefäßsystem.
 - Die körperliche Erkrankung wird durch die psychische Störung verschlimmert: So wird z. B. das Mortalitäts-Risiko (Sterbe-Risiko) nach einem überstandenen Herzinfarkt durch eine schwere Depression um das 3- bis 5-fache erhöht. Ähnliches gilt für Brustkrebs-Erkrankungen, möglicherweise auch andere Krebs-Leiden. Hier herrscht noch Forschungs-Bedarf.
 - Die körperlichen Symptome sind nicht körperlichen, sondern psychischen Ursprungs (Fachbegriff: Somatisierung, also „Verkörperlichung seelischer Krankheitszeichen bzw. Störungen“).

Schlussfolgerung: Es gibt viele Ursachen, Überschneidungen, gegenseitige Belastungen (vielleicht sogar Entlastungen, aber die kennt man bisher nicht). Mit anderen Worten: Das gemeinsame Auftreten psychischer und körperlicher Erkrankungen ist ein reales, wenngleich noch immer zu wenig berücksichtigtes Problem im Alltag und stellt nicht zuletzt wissenschaftlich vor eine Reihe von methodischen Schwierigkeiten und damit Interpretations-Unsicherheiten.

Der Einfluss depressiver Störungen auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen

Wenn man die mögliche Liste psychischer, psychosomatisch interpretierbarer und psychosozialer Symptome im Rahmen einer alleinigen Depression (welcher Ursache auch immer) noch einmal überfliegt, dann wird auf jeden Fall eines klar: Diese Patienten sind auch ohne eine zusätzliche körperliche Erkrankung auf das schwerste behindert, was sich als erstes beruflich, im weiteren aber auch familiär, partnerschaftlich u. ä. bemerkbar macht. Um wie viel größer ist deshalb dieser negative Einfluss, wenn noch eine zusätzliche körperliche Erkrankung zu ertragen ist. Denn das heißt nicht nur ertragen, sondern auch reagieren, beispielsweise was die diagnostischen und schließlich therapeutischen Empfehlungen anbelangt. Und hier nicht zuletzt in puncto Compliance bzw. Adhärenz wie das heute heißt (sprich schlicht: Therapietreue). Vor allem konkret: Einnahmезuverlässigkeit der verordneten Arzneimittel.

So versteht man auch den Satz, vorsichtig formuliert und doch mit ernsten Konsequenzen belastet: Es kann davon ausgegangen werden, dass das Vorliegen einer depressiven Erkrankung in vielen Fällen einen negativen Einfluss auf den Verlauf einer körperlichen Erkrankung hat. Dies gilt insbesondere für koronare Herzerkrankungen. Bei anderen Leiden, z. B. Krebs-Erkrankungen oder terminalen Nieren-Insuffizienz (also im Endzustand), ist dieser Zusammenhang jedoch umstritten. Gleichwohl muss daran gedacht werden.

Was heißt das? Das Risiko für eine „Non-Compliance“ (s. o.) ist bei Depressiven im Mittel um das 3-fache erhöht, wie die Zusammenfassung mehrerer entsprechender Studien zeigt. Was ist die Ursache? Zum einen die mit depressiven Erkrankungen verbundene resignative Bedrücktheit und Antriebshemmung, von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit ganz zu schweigen. Möglicherweise aber auch eine brüchigere zwischenmenschliche Integration (partnerschaftlich, familiär, weiteres Umfeld). Und natürlich kognitive Defizite (Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit), die bei der Depression ohnehin zu den „stillen“, in Wirklichkeit aber belastendsten Krankheits-Folgen zählen.

Darüber hinaus gibt es Untersuchungen, die noch einen weiteren Hinweis vermitteln, der dann auch die Wissenschaft wieder zu neuen Forschungsprojekten aufrufen sollte: Man hat nämlich herausgefunden, dass insbesondere die schwere Depression (heute als „Major Depression“ bezeichnet) über verschiedene biologische Wege einen Einfluss auf den Verlauf einer zusätzlichen körperlichen Erkrankung nimmt. Einzelheiten würden hier zu weit führen, eine kurze Zusammenfassung in Fachbegriffen aber liefern V. Arolt und M. Rothermundt in ihrem Beitrag.

Entsprechende Beispiele für bestimmte biologische Mechanismen, die im Rahmen einer Depression (aber auch bei psychosozialem Stress) zur Entstehung körperlicher Erkrankungen beitragen können sind: vegetative Dysregulation, Verminderung der Herzraten-Variabilität (Aktivierung des Sympathikus), Hochregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, die vermehrte Thrombozyten-Aggregation sowie die komplexen Veränderungen immunologischer Sub-Systeme, insbesondere die Aktivierung pro-inflammatorischer Mechanismen.

Besonders deutlich wird der negative Einfluss depressiver Störungen auf den Verlauf einer körperlichen Erkrankung bei überstandenen Herzinfarkt. Eine schwere Depression gilt als unabhängiger Prädiktor (Vorhersage-Kriterium) für die kardiale Mortalität (herz-bedingte Sterbeziffer), die dadurch um etwa das 3-fache erhöht wird. Aber auch Patienten nach Hirnschlag geht es diesbezüglich nicht besser. Schließlich verfestigt sich die wissenschaftliche Erkenntnis: Ein erhöhtes Mortalitäts-Risiko scheint aber nicht nur für ein vaskuläre (Gefäß-)Erkrankungen zu bestehen, sondern wird auch für Krebs-Erkrankungen, insbesondere das Mamma-Karzinom (der weiblichen Brust) diskutiert.

DEPRESSIONEN BEI BESTIMMTEN KÖRPERLICHEN ERKRANKUNGEN

Nach dieser Einleitung mit den Möglichkeiten, aber auch Grenzen wissenschaftlicher Erfassung und Darstellung, geht es nun um die Frage: Welche körperlichen Erkrankungen spielen hinsichtlich ihres ambulanten und stationären medizinischen Versorgungs-Bedarfs eine besondere Rolle, wenn es sich um die gleichzeitige Erkrankung mit Depressionen handelt? Nachfolgend einige Beispiele aus der wissenschaftlichen Forschungsarbeit von Professor Dr. V. Arolt und Dr. M. Rothermundt von der Psychiatrischen Universitäts-Klinik Münster, dargestellt in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 11/2003 und dem Fachbuch *Psychiatrie in der klinischen Medizin*, 2004. Im Einzelnen:

- **Koronare Herz-Erkrankung**

Zur Beziehung zwischen koronarer Herz-Erkrankung (also die Herzkranz-Gefäße betreffend) und zusätzlichen depressiven Störungen gibt es seit vielen Jahren ein intensives internationales und auch nationales Forschungs-Programm.

Allerdings auch hier: Es ist ein vielschichtiges Problem zwischen Depressions-Neigung und Erkrankung der Herzkranz-Gefäße, komplex und – möglicherweise – auch wechselseitig. Was heißt letzteres? Bei zunächst Herz-Gesunden muss das Vorliegen einer schweren (aber auch einer leichteren) Depres-

sion heute als unabhängiger(!) Risiko-Faktor für die Entwicklung einer koronaren Herz-Erkrankung angesehen werden, natürlich neben den bekannten sonstigen Risiko-Faktoren. Schwere Depressionen scheinen das Risiko um das etwa 3- bis 4-fache zu erhöhen.

Umgekehrt muss beim Vorliegen einer koronaren Herz-Erkrankung bzw. nach überstandem Myokard-Infarkt (Herz-Infarkt) bei etwa 20 % der Betroffenen mit einer schweren Depression gerechnet werden. Werden leichtere Depressions-Formen (einschließlich depressiver Reaktionen) mit einbezogen, ist die Häufigkeits-Rate mit 40 % doppelt so hoch.

Etwa zwei Drittel beider Depressions-Formen scheinen zumindest über Monate hinweg ihre Opfer weiter zu belasten.

Eine Depression ist also ein unabhängiger Risiko-Faktor für die kardiale Mortalität (also die Herz-Sterblichkeitsrate) nach einem Herz-Infarkt. Sie erhöht das Risiko eines Herztodes um das etwa 3-fache.

Der Schweregrad des depressiven Beschwerdebildes nach dem Herz-Infarkt scheint mit dem Sterblichkeits-Risiko zu korrelieren (also in einer nachweisbaren Wechselbeziehung zu stehen). Und dies selbst noch nach fünf Jahren.

Unter diesem Aspekt will aber auch die Frage beantwortet sein: Spielen denn dann auch psychosoziale Maßnahmen im Rahmen einer Rehabilitation nach koronarer Herz-Erkrankung eine positive Rolle? Die Antwort – basierend auf zahlreichen Untersuchungen – lautet: ja. Über verschiedene Verfahren wie Stress-Management, Gruppen- und Einzel-Psychotherapie hinweg konnte ein signifikant positiver Einfluss auf so wichtige Aspekte wie z. B. subjektiver Stress, Herz-Schlagfolge, systolischer Blutdruck, Cholesterin-Spiegel u. a. bewiesen werden.

Oder umgekehrt: Die Gefahr, dass ein erneuter Infarkt ggf. mit Todesfolge belastet, ist offenbar bei unbehandelten Herzinfarkt-Patienten mit einem relativen Risiko von 1,8 bzw. 1,7 in einem erfassten Zeitraum von zwei Jahren signifikant erhöht.

Fazit: Die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte ist bei diesem Krankheitsbild von eindeutigem Vorteil. Dies gilt vor allem für eine verbesserte soziale Unterstützung. Ob hingegen spezifische Psychotherapie-Maßnahmen den gleichen Effekt haben, muss noch geklärt werden.

Antidepressiva oder nicht?

Wie steht es nun aber mit einer ansonsten bei Depressionen sinnvollen, ggf. unerlässlichen antidepressiv wirksamen Pharmakotherapie? Hier muss man

unterscheiden zwischen den älteren, so genannten klassischen trizyklischen Antidepressiva und neueren, z. B. so genannten Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI):

Die ältere Generation der Antidepressiva war zwar zu ihrer Zeit ein großer Fortschritt, doch ihre Nebenwirkungen in Bezug auf Herz-Kreislauf u. ä. waren schon ohne entsprechende Herz-Belastung ein oft unlösbares Problem (z. B. die Auslösung und Verstärkung von so genannten Reizleitungs-Störungen, die Zunahme der Herzschlag-Rate, Blutdruck-Schwankungen u. a.). Das hat schon früher dazu geführt, dass man bei depressiven Herz-Patienten hier außerordentlich vorsichtig war, was auch entsprechende Studien nahelegten.

Das ist auch heute noch zumindest ein wesentlicher Grund, weshalb selbst die erwähnten neueren SSRI-Antidepressiva in diesen Fällen immer noch zurückhaltend eingesetzt werden, obgleich sie sich nicht nur als antidepressiv effektiv, sondern auch als risikoarm erwiesen haben.

Deshalb die *Schlussfolgerung* der Experten: Die derzeitige wissenschaftliche Erkenntnislage rechtfertigt eine antidepressive medikamentöse Behandlung zumindest zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Zu beachten ist aber auch hier das leider nicht unbeträchtliche Interaktions-Potential mancher SSRI-Antidepressiva mit häufig eingesetzten herz-wirksamen Medikamenten. D. h. hier beeinträchtigt ggf. das eine das andere, anstatt gemeinsam für eine Besserung der Gesundheitslage von Herz- und Gemüts-Zustand zu sorgen.

Das allerdings ist eine gemeinsame Aufgabe der dafür zuständigen Psychiater und Kardiologen, nämlich jene Arzneimittel zu bevorzugen, die nach beidseitiger Absprache die geringste Belastung und den größten Genesungs-Nutzen erbringen.

● Herz-Insuffizienz

Unter einer Herz-Insuffizienz versteht man das akute oder chronische (dauerhafte) Unvermögen des Herzens, bei Belastung (Belastungs-Insuffizienz) oder schon in Ruhe (Ruhe-Insuffizienz) den für den Stoffwechsel erforderlichen Blut-Auswurf aufzubringen bzw. den venösen Rückfluss aufzunehmen. Durch diese geschwächte Pumpen-Funktion resultieren dann auch weitere Einbußen, z. B. was Herz-Schlagfolge, Kontraktivität (die Fähigkeit den Herzmuskel für die Auswurfleistung ausreichend zusammenzuziehen) und damit das Schlag-Volumen pro Herzschlag anbelangt. Dadurch drohen Abnahme der Sauerstoffsättigung des Blutes, verminderte Blutversorgung, Stauungs-Erscheinungen (Lungen-Ödem, Unterschenkel-Ödem), Störungen der Atmung (Atemnot), der Nierenfunktion, des Elektrolyt-Stoffwechsels und schließlich der gesamten Leistungsfähigkeit, vom Geistigen über das Körperliche bis zum Gemütsmäßigen.

Letzteres ist unser Thema: Denn ausgehend von der Häufigkeit depressiver Störungen bei einer koronaren Herz-Erkrankung hat man sich mehr und mehr auch dem Phänomen „Herz-Insuffizienz und Depression zugleich“ zugewandt.

Das ist schon deshalb nachvollziehbar, weil ein Großteil der unzureichenden Leistungsfähigkeit des Herzens durch koronare, also Herzkranzgefäß-Erkrankungen entsteht. Man weiß also zumeist genau, wo die Ursache liegt.

Nun konnte man auch zeigen, dass bei Herz-Insuffizienz etwa 20 % der Betroffenen an einer schweren und 16 % an einer leichteren Depression leiden. Wenn man die Patienten bat, anhand einer Selbstbeurteilungs-Skala (Beck-Depressions-Inventar) ihren Zustand zu beurteilen, dann brachten es jeder Zweite auf erhöhte Werte und die Wissenschaftler zu der Erkenntnis: Das Vorliegen einer Depression scheint die kardiale Mortalität bei dieser Patienten-Gruppe etwa zu verdoppeln und führt zu häufigeren Re-Hospitalisierungen (erneute Klinikaufnahme nötig).

Umgekehrt scheint eine Depression einen unabhängigen Risiko-Faktor für die Entwicklung einer Herz-Insuffizienz darzustellen, zumindest beim weiblichen Geschlecht.

Also auch hier das gleiche Ergebnis: Herz und Gemütslage sind eng miteinander verbunden. In diesem Fall, nämlich bei der Herz-Insuffizienz, haben sich dann auch verhaltenstherapeutisch orientierte Stress-Management-Programme bewährt. Was die medikamentöse Behandlung anbelangt, so gelten die gleichen Überlegungen wie bei der schon erwähnten koronaren Herz-Erkrankung (s. o.).

● **Cerebraler Insult**

Unter einem Insult versteht man ein plötzlich eintretendes Ereignis (aus dem Lat.: insultare = hineinspringen, aber auch verhöhnen, verspotten u. a.); d. h. einen Anfall, vor allem aber Schlaganfall, im engeren Sinne einen apoplektischen Insult. Das ist eine plötzliche Durchblutungsstörung durch Blutung (z. B. Riss einer Gefäßwand) oder Hinderung des Blutdurchflusses, z. B. durch eine Blutpfropfbildung, was in verschiedenen Organen möglich ist, am folgenreichsten aber im Gehirn. Dann nennt man es Apoplexia cerebri oder Hirnschlag bzw. Schlaganfall. Einzelheiten müssen hier nicht weiter erörtert werden und sind im Übrigen auch in dieser Serie besprochen, insbesondere was die seelischen und psychosozialen Konsequenzen anbelangt.

Letzteres ist seit langem bekannt, nämlich dass nach cerebralen Insulten gehäuft depressive Störungen auftreten. So fand man in Abhängigkeit vom Abstand zum Gehirnschlag folgende seelisch-körperlichen Symptome:

Innerhalb eines Zeitraumes von zwei Wochen entwickelten etwa 25 % der Patienten eine Major Depression (wir erinnern uns: früher vor allem als endogene Depression bezeichnet). Nach drei bis vier Monaten waren es im Mittel noch genauso viele, nach einem Jahr etwa zehn bis 15 %. In anderen Untersuchungen ging es sogar noch ungünstiger zu, d. h. nach zwei Jahren litt noch jeder fünfte Gehirnschlag-Patient an einer zusätzlichen Depression.

Systematische Untersuchungen über die möglichen Risiko-Faktoren dieser „post-stroke-Depression“, wie es in der englisch-sprachigen (und zunehmend auch deutschen) Fachliteratur heißt, ergaben folgende Risiko-Faktoren, mit denen wahrscheinlich zu rechnen ist:

Depression in der Vorgeschichte; seelische Symptome sonstiger Art in der Vorgeschichte; Dysphasie (Sprach-Ausdrucksstörungen); funktionelle Einschränkungen nach dem Hirnschlag; allein-lebend und/oder soziale Isolation nach dem Insult. Weniger eindeutig waren die Einflüsse von Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischem Status, sozialem Stress vor dem Insult sowie die Abhängigkeit von der Hilfe anderer nach dem Hirnschlag.

Die Entstehungs-Ursachen eines Insultes sind also sowohl psychologischer als auch biologischer Ursache.

- Zu den *psychologischen Ursachen* gehören zum einen jene persönlichkeits-gebundenen Probleme, die auf einer seelisch bzw. psychosozial belasteten Vorgeschichte basieren. Und die könnten nach dem Hirnschlag zu einer verringerten Fähigkeit führen, was die Bewältigung des gleichsam überfallartigen neurologischen Krankheitsbildes betrifft (Fachbegriff: Coping). Andererseits kann man sich aber auch denken, dass vor allem ausgedehntere Zerstörungen der jeweiligen Gehirn-Strukturen und die damit verbundenen funktionellen Defizite bzw. Einschränkungen nur schwerlich bewältigt werden können, d.h. in Fachworten: die Coping-Fähigkeiten überfordern.

- Als *biologische Ursachen* kann man eine genetische (Erb-)Prädisposition für depressive Erkrankungen diskutieren, was sich dann unter bestimmten Lebens-Umständen zeigt, nicht zuletzt durch eine solche Krankheits-Belastung. Es wird aber auch angenommen, dass die Infarkt-Bezirke jene Hirn-Areale betreffen, die auch in die Stimmungs- und Antriebs-Regulation eingebunden sind und damit ihrer Aufgabe nicht mehr gerecht werden (Fachbegriffe: links-anteriore Areale und die Basal-Ganglien).

Schließlich wird auch die Frage erörtert, inwieweit eine depressive Störung ein wichtiger Prädiktor (Vorhersage-Kriterium) für die Hirnschlag-Anfälligkeit darstellt. Das wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert.

Doch zurück zur Depression nach einem cerebralen Insult, fachlich also als „post-stroke-depression“ bezeichnet: Auch sie stellt natürlich ein komplexes

Geschehen dar, das auch einer mehrschichtigen Behandlung bedarf. Als hilfreich haben sich hier vor allem psychosoziale Interventionen in der Familie des Betroffenen erwiesen. Pharmakotherapeutisch empfehlen viele Psychiater heute am ehesten die Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), also jene antidepressiven Psychopharmaka, die besonders in die Regulation des Botenstoffes Serotonin eingreifen. Auch die positive Wirkung der Elektrokrampfbehandlung (EKT) ist belegt. Und selbst über Versuche mit Psychoanaleptika (z. B. dem in der ADHS-Behandlung heiß diskutierten Methylphenidat) wird berichtet, so die Experten V. Arolt und M. Rothermundt.

● Krebs-Erkrankungen

Dass depressive Störungen nach der Diagnose einer Krebs-Erkrankung gehäuft auftreten, ist erst einmal nachvollziehbar, vor allem psycho-reaktiv. Man spricht von etwa 40 %, wobei jeweils etwa die Hälfte auf schwere bzw. leichte depressive Störungen entfallen. Doch auch hier gilt es einige Besonderheiten zu beachten, die natürlich oder vor allem auch hier auf die Vielschichtigkeit der Ursache zurückgehen.

Als erstes scheint das Risiko, während eines Krebs-Leidens an einer Depression zu erkranken, von folgenden Aspekten abhängig zu sein:

1. dem Vorliegen einer Depression in der eigenen Vorgeschichte oder in der Familie,
2. Alkoholabhängigkeit
3. fortgeschrittenes Stadium der Erkrankung
4. unzureichende Schmerz-Therapie
5. medizinische Komplikationen
6. depressions-bahnende medikamentöse Behandlung der Krebs-Erkrankung.

Auch die Depressionen bei Krebs-Leiden lassen sich in mehr psychologische oder eher biologische Entstehungs-Mechanismen unterteilen. Bei den psychologischen Ursachen gibt es nach Ansicht der Experten eine Fülle an Literatur, wie nicht anders zu erwarten. Die möglichen biologischen Mechanismen der Depressions-Entstehung bei Krebs sind aber offenbar noch weitgehend unklar.

Umgekehrt scheint aber das Vorliegen einer Depression nach bisherigen Erkenntnissen die Entstehung von Krebs-Erkrankungen nicht bzw. nicht wesentlich zu begünstigen. Zwar weisen einzelne Studien auf ein leicht erhöhtes Risiko hin, doch gibt es auch gegenteilige Untersuchungs-Resultate.

Eine Vielzahl von Studien deutet jedoch darauf hin, dass der *Verlauf* bestimmter Krebs-Erkrankungen mit der Krankheits-Bewältigung und damit auch mit der Neigung zur Depressivität zusammenzuhängen scheint. Die vorsichtige Formulierung spricht natürlich Bände, doch finden die entsprechenden Experten, z. B. die Psychoonkologen immer wieder, dass eine aktive, ja „kämpferische“ Auseinandersetzung mit der Erkrankung zu höherer Rezidiv-Freiheit bzw. Überlebens-Rate führen kann.

Schlussfolgerung: Wer sich aufgibt, hat natürlich aus „bio-psycho-sozialer“ Sicht weniger Chancen als derjenige, der eine konsequente Haltung von „trotz allem“ oder „gerade jetzt“ einnimmt. Eine depressive Verarbeitung der Erkrankung hat also eine eher nachteilige Wirkung, wie man das beispielsweise vom Mamma-Karzinom weiß.

Wie unterstützen nun welche Therapieformen einen günstigeren Verlauf? Hier gilt es natürlich nicht nur die verschiedenen Krebs-Arten, sondern auch die unterschiedlichen Behandlungs-Maßnahmen in den einzelnen Untersuchungen zu berücksichtigen (Fachbegriff: sehr heterogen, d. h. unterschiedlich zusammengesetzte Stichproben). Gleichwohl kann man davon ausgehen: Unter den meisten Behandlungs-Maßnahmen verbessert sich die Lebensqualität, die Fähigkeit zur aktiven Krankheits-Verarbeitung nimmt zu. Allerdings gibt es dazu ganz unterschiedliche Untersuchungs-Ergebnisse von „signifikant positiv“ bis zu „keinem Einfluss auf die Überlebenszeit“.

Was die Psychotherapie, also die Behandlung mit rein seelischen Mitteln anbelangt, so sind schon die unterschiedlichsten Interventions-Formen zum Einsatz gelangt, in Fachbegriffen ausgedrückt: psychodynamisch-supportiv, kognitiv-behavioral, Entspannungsverfahren, Hypnose u. a. Ob hier die eine oder andere Form sich als eindeutig überlegen erweist, muss noch die Zukunft zeigen, wobei auch der Einfluss neuer diagnostischer und organischer therapeutischer Verfahren miteingerechnet werden sollte (verbesserte Früh-Erkennung, innovative Behandlungs-Prinzipien usw.).

Psychopharmaka bei Krebs-Erkrankung?

Was die Behandlung mit Psychopharmaka anbelangt, so ist der antidepressive Effekt bei Krebs-Patienten durchaus erfreulich. Dies gilt sowohl für die schon erwähnten SSRI-Antidepressiva als auch für die ältere Generation der trizyklischen Antidepressiva. Letztere haben zwar mehr Nebenwirkungen als die neueren Entwicklungen, doch ihre zusätzlichen schmerzlindernden Eigenschaften werden im Bedarfsfalle in Kombination mit Schmerzmitteln gerne genutzt.

Leider gilt es auch eine Reihe anderer Probleme zu berücksichtigen, die sich vor allem aus der Kombination bestimmter Chemotherapeutika und Psychopharmaka zugleich ergibt. So etwas nennt man Arzneimittel-Interaktionen, also

in diesem Fall Wechselwirkungen zwischen Antibiotika, Virostatika, Antimykotika, Immunsuppressiva und weitere Chemotherapeutika mit den Antidepressiva, was sowohl zu einer jeweiligen Wirk-Verstärkung als auch -Verminderung und vor allem zu einer Erhöhung der jeweiligen unerwünschten Nebenwirkungen führen kann. Man muss also mehrere Ebenen berücksichtigen und überwachen (jeweilige Serum-Konzentration durch „drug-monitoring“), um eine Über- oder Unter-Dosierung zu vermeiden und optimale Dosis-Anpassung zu erreichen.

Leider besitzen auch verschiedene Chemotherapeutika ein so genanntes depressiogenes Potential, oder kurz: sie verursachen als Nebenwirkung selber Depressionen. Das geht aus den jeweiligen Fachinformationen für die behandelnden Ärzte und den Beipackzetteln für die Patienten hervor, wird also nicht verschwiegen. Ob man es durch Präparate-Wechsel umgehen kann, ist dann allerdings eine andere Frage, die ggf. die behandelnden Ärzte, d. h. Onkologen und Psychiater miteinander absprechen sollten. Da kommt es dann darauf an, was zuerst war, schwerer wiegt, schwieriger in den Griff zu bekommen ist (bei entsprechender Depressions-Neigung und Suizidgefahr also auch das seelische Leiden) und welche medikamentöse Möglichkeiten mit weniger Belastung in dieser Hinsicht noch zur Verfügung stehen, und zwar sowohl auf onkologischer als auch psychopharmakologischer Seite.

Auf jeden Fall ist die Erkenntnis erfreulich, dass auch bei Krebs-Patienten unter Chemotherapie durch Antidepressiva eine Milderung ihrer zusätzlich quälenden Stimmungslage erreicht werden kann.

● **Nieren-Insuffizienz**

Die Nieren sind lebenswichtige Organe. Sie sichern die Zusammensetzung der Körpersäfte, indem sie Endprodukte des Stoffwechsels und körperfremde Stoffe mit dem Harn ausscheiden. Bei der Nieren-Insuffizienz bzw. dem Nieren-Versagen kommt es zur Zurückhaltung harnpflichtiger Substanzen und damit zu Störungen des Elektrolyt-, Wasser- und Säure-Basen-Haushaltes. Mit zunehmender Verschlechterung der Nierenfunktion droht schließlich eine Urämie und damit allgemeine Vergiftung. Als Früh-Symptome häufiges nächtliches Wasserlassen, später Herz-Kreislauf-, Magen-Darm- und neurologische Krankheitszeichen. Bei der Urämie, der „Harn-Vergiftung“ belastet eine Vielzahl von Symptomen: Essstörungen, Übelkeit, Harn-Geruch, Magen-Darm-Entzündung, Erbrechen, Durchfälle, Unruhe, Verwirrtheit, Krampfneigung u. a.

Unter solchen Umständen kann man sich das seelische Befinden und seine psychosozialen Konsequenzen denken. Trotzdem weiß man nicht allzu viel über die Häufigkeit depressiver Störungen, ihren Entstehungs-Bedingungen und vor allem Behandlungs-Möglichkeiten bei der chronischen Nieren-Insuffizienz. Erst wenn sich das Leiden bzw. Leben seinem Ende zuneigt und die

Betreffenden dialyse-pflichtig werden, gibt es häufiger entsprechende Untersuchungen.

Bei einer solchen terminalen Nieren-Insuffizienz kommt es vor allem zu psychoorganischen Beeinträchtigungen und Depressionen. Im zeitlichen Querschnitt soll es etwa jeden zweiten Patienten treffen, bei gezielten Explorationen (fachlichen Befragungen durch diagnostische Interviews) spricht man von 15 bis 25 % exakt klassifizierter Depressionen. Dabei leidet die eine Hälfte an einer „major depression“ (früher endogene Depression genannt), die andere an einer leichteren Depression („minor depression“, Dysthymia).

Auch die Dialyse hat naturgemäß ihren Einfluss, wobei man in diesem Zusammenhang auf etwa 2,5 % neu auftretende Depressionen verweist (Symptome einer Demenz bei ebenfalls 2,5 % und Verwirrheitszustände bei 3,4 %).

Als Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression gelten vor allem körperliche Einschränkungen und die damit verbundene zunehmende soziale Desintegration, d. h. die langsame Auflösung der zwischenmenschlichen Beziehungen. Natürlich hat eine zusätzliche Depression auch einen ungünstigen Effekt auf das Fortschreiten der Niereninsuffizienz und damit die Überlebenszeit. Aber auch das hängt im Wesentlichen mit der mangelhaften sozialen Unterstützung durch das Umfeld zusammen, ergänzt durch die negative Wahrnehmung der Erkrankungsfolgen (sprich letztlich hilflos und hoffnungslos) und eine mangelhafte Therapietreue.

In physiologischer bzw. biochemischer Hinsicht gibt es offenbar Hinweise darauf, dass so genannte immunologische Parameter, die als Marker für die Prognose einer Nieren-Insuffizienz angesehen werden (z. B. Serum-Albuminkonzentration) durch das Vorliegen einer Depression negativ beeinflusst werden können. Oder kurz: Depressionen wirken sich auf der Grundlage gestörter Stoffwechsel-Funktionen negativ auf die generellen Heilungsaussichten aus. Dabei bleibt jedoch unklar, ob die beeinträchtigten Immun-Reaktionen tatsächlich depressions- oder allgemein stress-bedingt sind.

● **Parkinson'sche Krankheit**

Über den *Morbus Parkinson* gibt es in dieser Serie einen umfangreichen Beitrag, auf den bei Interesse verwiesen sein soll.

Was das Depressions-Risiko anbelangt, so ist im Mittel bei etwa 40% aller betroffenen Patienten mit einer solchen Folge zu rechnen. Dabei entfällt wiederum etwa die Hälfte auf schwere, die andere auf leichtere Depressionsformen.

Interessanterweise tritt die depressive Störung gehäuft vor der allseits registrierbaren Ausbildung motorischer (Bewegungs-)Einschränkungen auf. So kann die Depression als ein wichtiger Erkennungs-Faktor im Rahmen der so ge-

nannten Erst-Manifestation angesehen werden. Oder kurz: Bei Depressionen pflegt der hinzugezogene Nervenarzt bei entsprechenden Verdachtsmomenten auch an eine später mögliche Parkinson-Krankheit zu denken. Dabei gilt es jedoch bestimmte Hinweise zu beachten, die in dem erwähnten Beitrag in dieser Serie nachgelesen werden können (um vor allem nicht jede Depression gleich mit der zusätzlichen Angst vor einer späteren Parkinson-Krankheit zu belasten!).

Allerdings droht diesen Patienten auch nach neurologischer Diagnose eines bisher reinen Parkinson-Beschwerdebildes im Weiteren ein erhöhtes Depressions-Risiko. Dies auch im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen wie Diabetes vom Typ II und der Osteoporose.

Das Ausmaß der Depressivität ist jedoch nicht mit Art und Ausmaß motorischer Parkinson-Beeinträchtigungen korreliert (statistisch signifikant verbunden). Wenn auch die körperliche Behinderung und die hierdurch mitbedingten sozialen Einschränkungen einen Einfluss auf die Entstehung der Depression haben können, so werden auch unabhängige biologische Aspekte im Rahmen der Grund-Erkrankung und dem Auftreten einer depressiven Störung diskutiert. Pathophysiologisch gesehen ist es vor allem bei den Botenstoffen die Verminderung des Dopamin- und auch Serotonin-Umsatzes.

Deshalb kommen in der Behandlung mit Psychopharmaka am ehesten Antidepressiva aus der Gruppe der selektiven Serotonin-/bzw. Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer zum Einsatz. Damit ist in der Regel (allerdings nicht ohne Ausnahmen!) mit einer Besserung der seelischen Befindlichkeit und ihren psychosozialen Konsequenzen zu rechnen.

Diskutiert werden auch neurochirurgische Eingriffe (Fachbegriff: bilaterale elektrische Stimulation des Nucleus subthalamicus) und die Elektrokrampftherapie (EKT). Hier gibt es aber noch erheblichen Forschungsbedarf. Weitere Hinweise siehe der erwähnte Beitrag in dieser Serie.

● HIV-Erkrankungen

HIV bzw. HI-Virus ist die Abkürzung für humanes Immundefizienzvirus. Die so genannten Retroviren vom Typ C verursachen die HIV-Infektion und damit das klinische Vollbild von AIDS. Der Verlauf kann in drei Phasen gegliedert werden:

1. Nach außen erst einmal fast nichts erkennbar (Fachbegriff: klinisch stumm = klinische Latenzphase). Doch sind die Betroffenen infektiös, Lymphknoten und Milz sind meist vergrößert.

2. Die fortschreitende Zerstörung des zellulären Immunsystems (Abwehrsystem des Körpers) führt z. B. zu Fieber(schüben), Nachtschweiß, Durchfall u. a.
3. Das Vollbild von AIDS ist gekennzeichnet durch Infektionen, die atypisch schwer verlaufen und immer wieder auftreten können (z. B. Lunge), von Malignomen, der HIV-Enzephalopathie (Gehirnstörung) u. a. Dazu zahlreiche HIV-assoziierte und -definierende Erkrankungen (z. B. Tumoren) auf mehreren Ebenen. Bei der AIDS-Enzephalopathie (Hirnentzündung) drohen neben neurologischen Ausfällen vor allem Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Konzentrationsstörungen, Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und ggf. Demenz (Antrieb, Aufmerksamkeit, Motivation, Stimmung u. a.).

Und Depressionen, man kann es sich denken. Eine Übersicht über bisher verfügbare Untersuchungen zeigt, dass HIV-Infizierte im Vergleich zu Gesunden ein etwa doppelt so hohes Risiko haben, an einer Depression zu erkranken, so Prof. V. Arolt und Dr. M. Rothermundt von der Psychiatrischen Universitäts-Klinik Münster. Dies gilt sowohl für schwere Depressionen als auch für die Dysthymia, also eine chronische depressive Verstimmung, die man früher anhaltende ängstliche Depression, depressive Neurose oder depressive Persönlichkeit(sstörung) nannte.

Die so genannte Querschnitts-Prävalenz für schwere Depressionen liegt bei 9,4 % und für Dysthymia bei 4,2 %. Manche Untersuchungen kommen jedoch zu höheren Häufigkeits-Raten für schwere Depressionen, nämlich um 20 bis 30 %. Und wieder andere Studien auf 35 % bei HIV-Infizierten ohne AIDS und 65 % mit AIDS. Kurz: Die Spannbreite ist weit, wahrscheinlich durch unterschiedliche Zusammensetzungen der Patienten-Kollektive und Methoden bei der Depressions-Diagnose bedingt. In allen Fällen aber ist die Depression zu dieser Erkrankung eine schwere Bürde – und häufig.

Auch hier wieder nicht nur die nachvollziehbaren Krankheits-Stressoren, sondern auch die als unzureichend empfundene soziale Unterstützung, die einen ungünstigen Einfluss auf das Fortschreiten der HIV-Erkrankung und schließlich die Entwicklung einer manifesten AIDS-Symptomatik und damit letztlich Mortalität hat. Und natürlich der Einfluss biologischer Faktoren, z. B. Aktivitäts-Verminderung der natürlichen Killerzellen, die der menschlichen Abwehr dienen u. a.

In *therapeutischer Hinsicht* werden bezüglich Depressionen sowohl die neueren SSRI-Antidepressiva als auch die älteren Generationen empfohlen, letztere allerdings mit mehr Nebenwirkungen, was gerade bei HIV-Patienten und ihrer besonders sensiblen seelischen und vor allem körperlichen Situation nicht ohne Bedeutung ist. Dabei müssen aber auch die Arzneimittel-Interaktionen beachtet werden, da HIV-Infizierte häufig gleichzeitig mit verschiedenen Chemo-

therapeutika und Virostatika behandelt werden, was – wie bereits erwähnt – mit manchen antidepressiven Psychopharmaka „kollidieren“ kann.

- **Depressionen im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungsmaßnahmen**

Psychosoziale Aspekte können also zur Auslösung des depressiven Beschwerdebildes führen. Das ist eine alte Erkenntnis. Das Gleiche gilt für biologische Faktoren, die mit einer bestimmten Erkrankung verbunden sind. Beispiele dazu siehe oben. Drittens sind aber auch verschiedene medizinische Behandlungs-Maßnahmen nicht ohne Einfluss, negativen Einfluss. Dies gilt nicht zuletzt für ausgesprochen invasive (d. h. unter Verletzung der Körper-Integrität in den Organismus eindringende) Verfahren. Beispiele: Knochenmarks-Transplantation (KMT), extrakorporale Kreislauf-Aufrechterhaltung oder Implantation eines Defibrillators. Keine Frage, sie können beunruhigend bis traumatisierend und damit depressions-fördernd wirken. Diese Aspekte wurden bisher jedoch erstaunlich wenig untersucht. Was aber dazu vorliegt, lässt schon nachdenklich werden:

So zeigten sich in einer großen Untersuchung in rund einem Drittel der Fälle depressive Symptome *vor* einer Knochenmarks-Transplantation. In einer anderen Untersuchung, in der die Patienten davor und danach untersucht wurden, ließen sich allerdings keine Veränderungen bezüglich depressiver Symptome im weiteren Verlauf feststellen. Während der Isolations-Zeit nach KMT fanden sich in einer anderen Studie bei fast der Hälfte der Patienten eine so genannte Anpassungsstörung (früher auch reaktive Depression genannt) und bei fünf Prozent eine dann organisch bedingte affektive Störung (körperlich ausgelöste Gemütskrankheit).

Was die Prognose, die Heilungsaussichten anbelangt, gibt es allerdings auch hier verschiedene Untersuchungs-Resultate: Zum einen keinen Einfluss, zum anderen eine schlechtere Prognose bei jenen Patienten, die mit depressiven Symptomen zu kämpfen hatten. Letztlich ist die Datenlage in dieser Hinsicht unbefriedigend, eine abschließende Beurteilung deshalb kaum möglich. Manche Experten aber sind der Meinung, dass die Konfrontation mit der Krebs-Diagnose letztlich belastender sein könnte als die Durchführung einer Knochenmarks-Transplantation, wie sie beispielsweise bei Leukämien u. a. empfohlen wird.

Nach Implantation eines Defibrillators (also ein in den Körper eingesetztes Gerät, das zu jeder Zeit den Herzrhythmus kontrolliert und bei Bedarf automatisch einen Elektroschock setzen kann) wegen lebensbedrohlicher und immer wiederkehrender Herz-Rhythmusstörungen kommt es vor allem zu Angst-Symptomen, aber auch depressiven Störungen. In einer entsprechenden Studie wurde bei 8,6 % der Patienten unmittelbar danach eine schwere Depres-

sion diagnostiziert. Neun bis achtzehn Monate nach Implantation hatten 7,4 % zusätzlich eine schwere Depression entwickelt.

● **Pharmakogene Depressionen**

Schließlich muss noch einmal auf die Pharmakotherapie, d. h. den Einfluss bestimmter Medikamente auf die Auslösung eines depressiven Beschwerdebildes zurückgekommen werden. Dabei spielen sehr unterschiedliche Wirk-Prinzipien eine Rolle, geben die Experten zu bedenken. In vielen Fällen sind die Mechanismen noch nicht geklärt. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur. Als Stichworte lediglich ein kurzer Hinweis auf die Substanzklassen. Einzelheiten über Wirkstoff, Art und Evidenz-Grad der Störung sowie vermuteten Pathomechanismus siehe die Fachliteratur.

Solche pharmakogene Depressions-Beispiele sind u. a.: ACE-Hemmer, Antiarrhythmika, Antibiotika, Antihistaminika, Antimykotika, Antisymphotonika, Beta-Blocker, Calcium-Antagonisten, Corticoide, Diuretika, Magen-Darm-Prokinetika, orale Kontrazeptiva, Zytostatika, Virustatika u. a.

In letzter Zeit sind es besonders die immunologisch basierten Therapieverfahren bei Krebserkrankungen und bei Hepatitis C, die zu diesem Thema wissenschaftlich genauer untersucht werden (z. B. Interleukin-2 bzw. Interferon α). Da wird von 25 bis 40 % Depressions-Gefahr gesprochen, wobei zwei Drittel aller Fälle innerhalb der ersten Behandlungswochen auftreten. Auch hier wird die vorbeugende Gabe von bestimmten Antidepressiva diskutiert, wobei man allerdings einen Effekt nur auf die spezifische Depressions-Symptomatik erwarten kann (also vor allem Verstimmung und Angst), nicht jedoch jene Symptome, die zwar auch durch eine reine Depression, in diesem Fall aber durch die organische Grundkrankheit ausgelöst werden (z. B. Müdigkeit und Appetitverlust).

● **Suizidgefahr**

Einzelheiten zu dem weit gespannten und folgenreichen Thema Suizidgefahr bzw. konkret Suizidphantasien, Suizidversuche und vollende Suizidhandlungen siehe die zum Teil ausführlichen Beiträge in dieser Serie. Sie beziehen sich aber überwiegend auf seelische Störungen mit ihren psychosozialen Folgen.

In zunehmendem Maße aber wird auch über die Möglichkeiten einer „Euthanasie“ bei terminalen organischen Erkrankungen (also in der zum Teil quälenden Schlussphase körperlicher Leiden) diskutiert. Denn auch hier sind Todeswünsche bzw. eine reale Suizidgefährdung nicht selten und – wie gesagt – kontrovers diskutiert, was die entsprechende Unterstützung des Umfeldes angeht. Denn schon seit langem ist bekannt, dass körperliche Erkrankungen

als Risikofaktor für Suizidalität gelten. Oder konkret: mit etwa 35 % deutlich höher als in der alters-entsprechenden Allgemeinbevölkerung liegen.

Dies betrifft vor allem bestimmte organische Erkrankungen. Hierzu zählen beispielsweise neurologische Leiden wie die amyotrophe Lateralsklerose, die Multiple Sklerose, diverse Krebs-Erkrankungen des zentralen Nervensystems sowie insbesondere die schon erwähnten Belastungen durch HIV/AIDS.

Todeswünsche und Suizidgedanken nehmen vor allem in jenem Maße zu, wie die subjektiv(!) empfundene Hoffnungslosigkeit, das Fortschreiten der körperlichen Erkrankung, insbesondere mit nicht mehr erträglichen Schmerzen, der Verlust der Kontrolle über die eigene Person und die wiederum subjektive negative Wahrnehmung wachsen, der Umgebung zur Last zu fallen. Vor allem Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit bahnen ein zusätzliches depressives Leidenbild. Und sie lassen erkennen, wie schwierig im Einzelfall die Differentialdiagnose ist, d. h. ob es sich um eine nachvollziehbare Reaktion auf den körperlichen Zustand hin handelt und/oder eine zusätzliche „reine“ Depression.

Das Gleiche gilt für die Frage, ob die erläuterten Wahrnehmungen (insbesondere der Umgebung zur Last zu fallen, keine Genesungs-Chancen mehr zu haben u. a.) der Realität entsprechen oder den charakteristischen Verzerrungen unterliegen, wie sie auch bei allen anderen depressiven Zuständen anzutreffen sind (sprich vor allem Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, und zwar ohne körperliches Leiden, schon gar nicht im End-Zustand).

Was auf jeden Fall in der gemeinsamen bzw. doppelten Belastung zu Buche schlägt und dann auch in Suizidgedanken zu münden pflegt, ist der Schweregrad der Depression und des körperlichen Gesundheitszustandes sowie die berufliche Integration, vom näheren Umfeld ganz zu schweigen.

Auf jeden Fall sollten Patienten mit doppelter Belastung und entsprechenden Todeswünschen nicht nur organisch optimal behandelt werden (vor allem was das Schmerzbild lindert), sondern auch psychotherapeutisch (Umfeld und Beruf) und nicht zuletzt pharmakotherapeutisch (wobei angesichts des ohnehin reduzierten Allgemeinzustandes die möglichen Nebenwirkungen der Antidepressiva berücksichtigt werden müssen).

Das leitet zum letzten Kapitel über, nämlich der

THERAPIE DEPRESSIVER STÖRUNGEN BEI KÖRPERLICHEN ERKRANKUNGEN

Depressive Störungen müssen behandelt werden, wobei eine Reihe von Fragen bzw. Aspekten zu berücksichtigen ist: Art und Schweregrad der Depres-

sion, Behandlungswunsch oder nicht, sogar psychosoziale Parameter wie Alter, ja sogar Geschlecht (Vorsicht bei behandlungs-unwilligen männlichen Depressiven, die sich keine „Schwäche“ unterstellen lassen wollen) u. a. Aber auch bei schweren körperlichen Erkrankungen ist eine wirksame und nebenwirkungs-arme Behandlung unerlässlich, denn sie bewahrt zumindest einen Teil der früheren Lebens-Qualität, reduziert die psychosoziale Belastung des Patienten (und seiner Familie!) und fördert die Therapietreue im allgemeinen und Einnahmезuverlässigkeit der verordneten Medikamente (auch nicht pharmakologischer Art) im speziellen. Kurz: Antidepressiva und ggf. andere psychotrope Arzneimittel (z. B. Schlaf- und Beruhigungsmittel) sind durchaus geboten.

Leider gibt es dazu einen ernüchternden Satz, der in der Fachsprache der Autoren lautet: „Bei allem offenkundigen Nutzen zielgerichteter und qualifizierter therapeutischer Interventionen muss jedoch bedacht werden, dass eine rezidiv- bzw. progressions-verhindernde und lebens-verlängernde Wirkung derzeit nicht als belegt gelten kann, obwohl einzelne Studien auf entsprechende Zusammenhänge hinweisen. In diesem Punkt zeigen sich auch keine Unterschiede zwischen psychotherapeutischen Interventionen und der Pharmakotherapie.“ Oder kurz: Ein entsprechender Einsatz ist zwar sinnvoll, aber bisher wissenschaftlich nicht bewiesen – leider.

Neben dieser generellen Erkenntnis gibt es allerdings noch spezifische Besonderheiten, die gerade bei der antidepressiven Behandlung körperlich Kranker beachtet werden müssen. Im Einzelnen:

- **Psychotherapie**

Für die Psychotherapie psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen kommen im Prinzip die gleichen Verfahren in Betracht wie für körperlich Gesunde mit einer Depression. Das sind im Wesentlichen in der Fachsprache: kognitiv-behaviorale, interpersonelle und psychodynamische Psychotherapie, so die Experten Professor Dr. V. Arolt und Dr. M. Rothermundt.

Allerdings müssen diese Verfahren unter anderen Voraussetzungen durchgeführt werden als im Falle körperlich gesunder Patienten. Zunächst sind Schweregrad und Prognose (Heilungsaussichten) sowie ggf. Chronizität (langfristig bis dauerhaft) zu berücksichtigen. Und es ist die Frage zu beantworten, welche innere Bereitschaft solche Patienten angesichts ihrer seelisch-körperlich-psychosozialen Situation mitbringen, sich auf die besonderen Bedingungen einer Psychotherapie einzulassen. Außerdem wird man einschätzen müssen, welche Zeit für eine psychotherapeutische Intervention zur Verfügung steht, konkret: noch zur Verfügung steht.

Berücksichtigt werden muss auch, ob die Psychotherapie unter stationären Bedingungen (also im klinischen Rahmen) einer somatischen Station (für das

jeweilige körperliche Krankheitsbild, also onkologisch, internistisch, chirurgisch u. a.) oder ambulant geplant ist. Auch der Faktor „soziale Unterstützung“, der sich als günstig herausgestellt hat, man kann es sich denken, sollte bedacht werden. Und schließlich: Je schwerer die Erkrankung, je ungünstiger die Prognose und je stärker das Umfeld durch die entsprechenden Bedingungen belastet ist, desto ausgeprägter sollte der supportive Charakter sein (s. u.).

Die supportive Psychotherapie ist eine eigenständige Form der Behandlung mit seelischen Mitteln. Sie wird mit Erfolg bei psychischen Störungen verschiedener Art und Schweregrade eingesetzt. Sie berücksichtigt die Ressourcen (Hilfsmittel bzw. Reserven) auf zwischenmenschlicher und generell psychosozialer Ebene und konzentriert sich auf die Lösung der jeweiligen individuellen Probleme des Patienten. Allerdings sollte man sie nicht mit einer allgemein unterstützenden Haltung bzw. mit Beratung verwechseln (wie es bedauerlicherweise oft der Fall ist). Hier handelt es sich vielmehr um ein komplexes und gleichzeitig zeitlich hochverdichtetes Behandlungs-Verfahren, das entsprechend qualifizierte, d. h. psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch ausgebildete Therapeuten erfordert. Ausgehend von den USA (dort wird sie im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen als „Medical Psychotherapy“ bezeichnet) hat sie sich vor allem bei depressiven Störungen oder depressiven Verarbeitungs-Mustern in der Krankheits-Bewältigung organischer Leiden bewährt. Dies vor allem dann, wenn z. B. bei einem Krankenhaus-Aufenthalt nur wenig Zeit zur Verfügung steht.

Sind die zeitlichen Bedingungen günstig, können über den supportiven Ansatz hinaus auch verhaltenstherapeutische oder psychodynamische Therapie-Elemente eingesetzt werden. Das soll vor allem die aktive, ja sogar „kämpferische“ Krankheits-Bewältigung fördern und/oder die Fähigkeit zur Trauer und Bewältigung von Verlusten stärken, so die Experten in ihrem Beitrag über depressive Störungen bei körperlich Kranken.

● **Pharmakotherapie**

Über den zusätzlichen Einsatz von Psychopharmaka, also Arzneimitteln mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben, wurde schon mehrfach berichtet. Weitere Einzelheiten siehe auch die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Gerade für antidepressiv wirksame Substanzen bei körperlichen Krankheiten mit depressiven Störungen liegt eine Vielzahl von Studien vor. Die Ergebnisse sind nicht immer einheitlich (s. o.), doch wird vor allem auf selektiv-wirksame Substanzen wie die SSRI hingewiesen.

Das praktische Vorgehen gleicht dem bei Depressiven ohne körperliche Störungen. Allerdings muss man berücksichtigen, dass Schweregrad und vor allem chronischer Verlauf der Depression bei körperlich Kranken häufig weniger(!) ausgeprägt sind. Deshalb kann man therapeutisch oftmals mit einer mittleren Dosis auskommen, was jedoch individuell zu handhaben ist.

Leider sind bei vor allem schwer körperlich Kranken, die auf Grund ihres organischen Leidens bereits eine Vielzahl von Medikamenten verkräften müssen, die schon erwähnten Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Substanzen zu beachten. So genannte Arzneimittel-Interaktionen finden sich aber grundsätzlich bei allen eingesetzten Pharmaka und sollten bei körperlich Kranken mit depressiven Störungen nicht davon abhalten, die ohnehin schwierige Situation nicht durch stimmungs-aufhellende Antidepressiva zu erleichtern.

● Weitere Behandlungs-Verfahren

Wenn alle eingesetzten psychotherapeutischen bzw. pharmakotherapeutischen Maßnahmen nicht (mehr) greifen, vor allem wenn ganz offensichtlich eine schwere Depression vorliegt (früher als „endogen“ bezeichnet), ggf. vielleicht noch mit depressiven Wahn-Symptomen, dann sollte man sich nicht scheuen, auch an eine *Elektrokrampftherapie (EKT)* zu denken. Und dies ausdrücklich auch bei körperlich Erkrankten. Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie.

Natürlich müssen das Risiko einer Kurz-Narkose und entsprechende sonstige Problem-Bereiche ausgeschlossen bzw. therapeutisch beherrscht werden. Auch ist die EKT nur Teil eines gesamten Behandlungsplans und soll die dann die ggf. später wieder aufgenommene Pharmakotherapie ergänzen sowie psychotherapeutischen Interventionen unterstützen.

Insbesondere in der Rehabilitation spielt auch das so genannte *Ausdauer-Training* (vorzugsweise 4-mal eine Stunde pro Woche unter entsprechender Anleitung) eine große Rolle. Es hat nicht nur günstige körperliche, z. B. Herz-Kreislauf-Effekte, sondern auch noch einen deutlich unterstützenden antidepressiven Effekt, den man therapeutisch nicht ungenützt vergeben sollte.

● Soziale Unterstützung

Gerade Patienten mit einer Depression weisen zum Teil erhebliche Defizite in ihrer sozialen Integration und Funktionsfähigkeit auf, wie die beiden Fachbegriffe lauten. Oder auf Deutsch: Sie neigen zu Rückzug und damit Isolationsgefahr und „verlernen“ damit regelrecht den zwischenmenschlichen Kontakt auf allen Ebenen. Hier greift vor allem die Soziotherapie ein, im Grunde ein Überbegriff für alle Aktivitäten, die dieses drohende Defizit zu vermeiden oder rückgängig zu machen versuchen.

Bei Patienten mit organischen Krankheiten und zusätzlicher Depression stellt sich die Situation etwas komplizierter dar: Dies betrifft nach derzeitiger wissenschaftlicher Erkenntnis nicht nur das organische Leiden, sondern auch die Art der Depression. Dabei schneiden vor allem die so genannten Dysthymien (also früher auch als depressive Neurose, neurotische Depression, depressive

Persönlichkeit(störung) oder anhaltende ängstliche Depression bezeichnet) leider weniger gut ab. Hier pflegt die soziale Unterstützung mühseliger auszufallen, was sich nachvollziehbar im Engagement des Umfelds und damit im gewünschten Erfolg ausdrückt.

SCHLUSSFOLGERUNG

Das Fazit von Professor Dr. V. Arolt und Dr. M. Rothermundt von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Münster in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 11/2003 und dem Buch von V. Arolt und A. Diefenbacher über *Psychiatrie in der klinischen Medizin* lautet:

Krankheitswertige depressive Störungen liegen im Durchschnitt bei etwa 15 % aller Patienten mit einer körperlichen Erkrankung vor. Bei schweren chronischen Leiden beträgt die Häufigkeit etwa 30 bis 40 %. Dabei kommt es in etwa jeweils der Hälfte zu einem schwereren bzw. leichteren depressiven Leidensbild.

Eine möglichst frühzeitige, sachgerechte und intensive Behandlung depressiver Störungen bei dieser Doppelbelastung erhöht die Lebensqualität der Patienten. Sie mindert aber wahrscheinlich auch die negativen Auswirkungen auf den Verlauf der körperlichen Erkrankung. Und sie trägt zur Vermeidung zusätzlicher(!) psychosozialer Einbußen bei. Und damit entlastet sie nicht zuletzt die Angehörigen des mehrfach kranken Familienmitglieds.

Leider sind die diagnostischen, differentialdiagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten begrenzter, als man sich in einem ansonsten eher verwöhnten medizinischen Umfeld vorstellen sollte. Hier herrscht noch reichlich Forschungsbedarf sowie Mehreinsatz in der Weiter- und Fortbildung von Ärzten, Psychologen und Pflegepersonal. Dies vor allem auf der „somatischen“ medizinischen Seite, sprich in allen nicht-psychiatrischen Fachbereichen.

Angesichts einer wachsenden Zahl von Betroffenen und damit zunehmendem Kostendruck scheint sich hier aber etwas zu bewegen. Das dient dem einzelnen Leidenden, seinem näheren und weiteren Umfeld und in Anbetracht einer zunehmenden wirtschaftlichen Krankheitslast auch der ganzen Gesellschaft.

LITERATUR

Wachsende Zahl von Fachbeiträgen (gelegentlich auch von populär-medizinischen Ansätzen unterstützt), vor allem aber englisch-sprachlich. Siehe dazu auch das Literaturverzeichnis des hier zitierten Beitrages.

Aus der ebenfalls langsam zunehmenden Zahl deutschsprachiger Fachbücher seien stellvertretend genannt (auch frühere Ausgaben mit relevanten Erkenntnissen sowie medizin-historisch gesehen):

Adler, R. u. Mitarb. (Hrsg.): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1994

Arolt, V., A. Diefenbacher (Hrsg.): Psychiatrie in der klinischen Medizin. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2004

Arolt, V.: Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo 1974

Balck, F. u. Mitarb. (Hrsg.): Psychonephrologie. Springer-Verlag, Berlin 1985

Beutel, M.: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. VCH, Weinheim 1994

Broda, M., F. A. Muthny (Hrsg.): Umgang mit chronisch Kranken. Thieme-Verlag, Stuttgart 1987

Bunzel, B.: Herztransplantation: Psychosoziale Grundlagen und Forschungsergebnisse zur Lebensqualität. Thieme-Verlag, Stuttgart 1993

Ehlert, U.: Psychologie im Krankenhaus. Verlag Hans Huber, Bern 1998

Faust, V. (Hrsg.): Psychiatrie. Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Faust, V., G. Hole, M. Wolfersdorf: Depressionen. In: V. Faust (Hrsg.): Psychiatrie. Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Fichter, M. M. (Hrsg.): Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer-Verlag, Berlin 1990

Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2003

Frank, R. u. Mitarb. (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2001

Gieler, U., K. Bosse (Hrsg.): Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten. Verlag Hans Huber, Bern 1995

Gieler, U. u. Mitarb.: Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. Hogrefe-Verlag Göttingen 1993

Hartwich, P. u. Mitarb. (Hrsg.): Affektive Störungen und Lebensalter. Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels 1998

Heim, E., J. Willi (Hrsg.): Psychosoziale Medizin – Gesundheit und Krankheit aus bio-psycho-sozialer Sicht. Band 2. Springer-Verlag, Berlin 1986

Helmchen, H., M. Linden (Hrsg.): Die Differenzierung von Angst und Depression. Springer-Verlag, Berlin 1986

Helmchen, H. u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Band 4: Psychische Störungen bei somatischen Erkrankungen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

Herzog, T. u. Mitarb. (Hrsg.): Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychotherapie. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2003

Hewer, B., W. Rössler (Hrsg.): Das Notfallpsychiatrie-Buch. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1998

Hewer, W., F. Lederbogen (Hrsg.): Internistische Probleme bei psychiatrischen Erkrankungen. Enke-Verlag, Stuttgart 1989

Hippius, H. u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie für die Praxis 16: Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. MMV Medizin, München 1992

Kächele, H., W. Steffens (Hrsg.): Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie körperlicher Krankheiten. Springer-Verlag, Berlin 1988

Klußmann, R., B. Emmerich (Hrsg.): Der Krebskranke. Springer-Verlag, Berlin 1990

Koch, U., J. Weis: Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1998

Koch, U., J. Neuser (Hrsg.): Transplantationsmedizin aus psychologischer Perspektive. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1997

Koch, U., C. Schmeling: Betreuung von Schwer- und Todkranken. Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1982

Koch, U. u. Mitarb. (Hrsg.): Handbuch der Rehabilitations-Psychologie. Springer-Verlag, Berlin 1988

König, F., W. Kaschka: Interaktionen und Wirkmechanismen ausgewählter Psychopharmaka. Thieme-Verlag, Stuttgart 2000

Marcea, J. T.: Hirnorganisches Psychosyndrom. Einhorn-Presse-Verlag, Reinbek 1987

Maercker, A. (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2003

Meerwein, F. (Hrsg.): Einführung in die Psycho-Onkologie. Verlag Hans Huber, Bern 1985

Möller, A. A., W. Fröscher (Hrsg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1992

Muthny, F.A., G. Haag (Hrsg.): Onkologie im psychosozialen Kontext. A-sanger-Verlag, Heidelberg 1993

Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2000

Radebold, H. u. Mitarb.(Hrsg.): Depression im Alter. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 1997

Rief, W. ,W. Hiller: Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

Rief, W. E. (Hrsg.): Psychologie in der Klinik. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1999

Rudolf, G., P. Henningsen: Somatoforme Störungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1998

Rugulies, R.: Die psychosoziale Dimension der koronaren Herzkrankheit und die Chance multiprofessioneller Intervention. Pabst-Verlag, Lengerich 1998

Saupe, R., A. Diefenbacher: Praktische Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie. Enke-Verlag, Stuttgart 1996

Siegrist, J. u. Mitarb.: Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC). Hogrefe-Verlag, Göttingen-Berlin 1996

Speidel, H., B. Strauß (Hrsg.): **Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin.** Springer-Verlag, Berlin 1989

Schepank, H.: **Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung.** Springer-Verlag, Heidelberg 1987

Schüttler, R.: **Organische Psychosyndrome.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1993

Schwarz, R., S. Zetl (Hrsg.): **Praxis der psychosozialen Onkologie.** Fischer-Verlag, Heidelberg 1993

Stauber, M. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

Tausch, A. M., R. Tausch: **Sanftes Sterben.** Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1985

Üexküll, v. Th.,: **Psychosomatische Medizin.** Verlag Urban & Fischer (Elsevier), München 2016

Wetterling, T.: **Organische psychische Störungen.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2002

Wörz, R. (Hrsg.): **Chronischer Schmerz und Psyche.** Verlag Gustav-Fischer, Stuttgart 1990

Worden, J. W.: **Beratung und Therapie in Trauerfällen.** Verlag Hans Huber, Bern 1985

Zenz, M., I. Jurna (Hrsg.): **Lehrbuch der Schmerztherapie.** Wiss. Verlags-ges. Stuttgart 2001