

# Seelisch Kranke unter uns

## Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

### DEPRESSIVE DAUER-VERSTIMMUNG (DYSTHYMIE)

Was eine Dysthymie ist, wissen zwar nur wenige; unter einer depressiven Dauer-Verstimmung aber kann sich jeder etwas vorstellen. Kein Wunder, so etwas ist so alt wie die Menschheit und scheint in unserer Zeit und Gesellschaft eher häufiger zu werden. Und zwar unabhängig von der derzeitigen Pandemie- und Lockdown-Belastung mit ihren wachsenden psychosozialen Folgen in Partnerschaft, Familie, Beruf, kurz Alltag (Stichworte: Frust und Sorge). Das Beschwerdebild ist aber auch überaus belastend, und zwar nicht nur für die Betroffenen, auch für ihr Umfeld.

Was heißt das? Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht nach Alter, Geschlecht, Ursachen, Belastungsformen, Leidensbild, therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen.

#### Erwähnte Fachbegriffe:

Depressionen – depressive Dauer-Verstimmung – Dysthymie – chronische depressive Verstimmung – anhaltende ängstliche Depression – depressive Neurose – neurotische Depression – depressive Persönlichkeit(ssstörung) – Beschwerdebild – psychosoziale Hintergründe – Häufigkeit – Geschlechts- und altersspezifische Aspekte – Verlauf – erbliche Belastung – Psychotherapie – Pharmakotherapie – u.a.m.

Jeder kennt solche Mitmenschen und spürt die Last für sich selber und andere, die von ihnen ausgeht. Einerseits tun sie einem fast leid, andererseits ist es ungemein schwer, sie zu ertragen – je länger und vor allem je näher, desto mehr.

Gewiss: Die meisten von ihnen kennen durchaus zusammenhängende Zeiten von Tagen oder gar Wochen, in denen sie ihr Befinden als halbwegs befriedigend beschreiben. Aber in der Regel fühlen sie sich müde, matt, antriebslos

und damit leistungsschwach, kämpfen mit Schuldgefühlen (mit oder ohne Grund), grübeln über sich, ihr Umfeld, die Vergangenheit, die Gegenwart und Zukunft, sind unfähig zu genießen, dafür oft ärgerlich, reizbar oder gar aggressiv – kurz: „das ist kein Leben“. Und vor allem: „Das war eigentlich schon immer so, so bin ich eben“.

Dabei kommen sie mit ihrem Leben eigentlich ganz gut zurecht, auch wenn sie sich ständig unwohl und unzulänglich fühlen und deshalb mit Minderwertigkeitsgefühlen kämpfen. Im Grunde würden sie gar nicht auffallen, wenn nicht von ihrer dauerhaft herabgestimmten Befindlichkeit eine belastende Atmosphäre ausging, die auch andere in ihrer Stimmung herabzieht, ja selber pessimistisch, unzufrieden, reizbar und aggressiv machen kann. Also meidet man sie – und der Teufelskreis schließt sich.

Ist das selten oder häufig? Oder fallen einem halt nur diese „negativistischen Kandidaten“ mehr auf als „problemlose und pflegeleichte Mitbürger“? Oder hat es zugenommen in unserer Zeit und Gesellschaft, die ohnehin zum Mäkeln, Nörgeln, Kritisieren, Klagen etc. neigen soll und damit einer allgemeinen Unzufriedenheit Vorschub leistet?

Nachfolgend deshalb eine etwas längere Abhandlung zum derzeitigen Wissensstand über ein Phänomen, das zwar zum Menschsein gehört, aber glücklicherweise nicht bei allen, nicht einmal bei vielen und dann meist in „verdünnter“ Ausprägung. Dort aber, wo es nicht nur die anderen belastet, sondern den Betroffenen in allen Lebensbezügen nachhaltig und folgenschwer beeinträchtigt, und das letztlich ein ganzes Leben lang (auch wenn es die erwähnten Schwerpunkte und Erleichterungs-Phasen geben mag), dort handelt es sich offensichtlich um eine Störung, eine seelische Krankheit. Davon soll hier kurzgefasst die Rede sein. Grundlage ist ein ausführlicherer Beitrag über *Dysthymie: Chronische depressive Verstimmung* in dieser Serie, basierend auf dem unverändert lesenswerten Sammelband von Peter Hofmann (Hrsg.) mit dem Titel: *Dysthymie. Diagnostik und Therapie der chronisch depressivem Verstimmung* im Springer-Verlag, Wien-New York 2002.

Medizin- bzw. psychiatrie-historisch gesehen ist die Dysthymie ein diagnostisches und klassifikatorisches Problem – und zwar seit dem griechischen Arzt Hippokrates vor rund 2500 Jahren. Das waren allerdings auch – als es später wissenschaftlich und klinisch konkreter wurde – die damit in Zusammenhang gebrachten anhaltenden ängstlichen Depressionen, die depressiven Neurosen oder neurotischen Depressionen sowie die Persönlichkeitsstörungen u. a. Und das ist jetzt die Dysthymie, gleichgültig in welcher Klassifikation und unter welchem wissenschaftlichen oder populärmedizinischen Namen.

Gerade bei den scheinbar mildereren depressiven Verstimmungen ist es besonders schwierig, den Beginn, den Verlauf, die Dauer und den Schweregrad exakt zu beurteilen. Denn je leichter, desto „subjektiver“, abhängig von der Belastungsfähigkeit des Betroffenen und seines Umfelds. Eine schwere Depres-

sion dagegen ist beim derzeitigen Wissenstand, sogar in der Allgemeinheit, relativ rasch erkennbar und vor allem erfolgreich therapierbar. Das ist und bleibt bei den nicht so eindeutigen und vor allem chronischen depressiven Verstimmungen anders, so paradox es sich anhört. Und erklärt die bisherige Unsicherheiten von Definition und Klassifikation bis heute.

Auf jeden Fall ist die Dysthymie wissenschaftlich und diagnostisch keine einfache Aufgabe – und zwar beginnend mit der Temperamenten-Lehre der vier Körpersäfte (mit dem heiteren Sanguiniker, dem aufbrausenden Choleriker, dem gemächlichen Phlegmatiker und dem schwermütigen Melancholiker) über die mittelalterliche Seelenheilkunde und die ersten konkreten wissenschaftlichen Erkenntnissen im 19. Jahrhundert bis zu den aktuellen Definitionen und Klassifikationen der Weltgesundheit (WHO) und dem US-amerikanischen Diagnostischen und Statistischen Manual (DSM-5<sup>®</sup>).

Ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie sich ein seelischer Notzustand über Jahrtausende hinweg belasten kann, ganz gleich, wie man ihn benennt, einstuft oder schwerpunktmäßig zu behandeln versucht. Das seelische Leid an sich ist offensichtlich der wichtigste Bestimmungsfaktor. Ein Trost.

## **DYSTHYMIE: VERSUCH EINER ALLTAGS-RELEVANTEN ÜBERSICHT**

Fazit: Die Dysthymie gibt es im Alltag, gibt es sie auch in der psychiatrischen Wissenschaft? Das ist keine ironische Bemerkung, das ist ein reales Problem, das gerade die Seelenkunde (Psychologie) und Seelenheilkunde (Psychiatrie) auf Schritt und Tritt verfolgt. Und etwas vereinfacht ausgedrückt: Das Beschwerdebild ist allen klar, besonders den Betroffenen und ihrem Umfeld, aber wird daraus auch eine exakt definierbare Erkrankung? Und vor allem: Passt das Beschwerdebild, zumindest in einzelnen Symptomen, nicht auch zu einer ganzen Reihe weiterer seelischer Störungen?

Außerdem gibt es hier ein Phänomen, das nur selten in aller Deutlichkeit ausformuliert wird: Begriffe, Definitionen, Klassifikationen, ja Diagnosen u. a. sind auch eine Frage des Blickwinkels. Ein Beispiel: Die vegetative Labilität oder Dystonie, später als funktionelle oder Befindlichkeits- bzw. heute als Somatisierungsstörung bezeichnet, wird von so manchen klinisch tätigen Ärzten als Diagnose nicht nur infrage gestellt, sondern auch mitunter nicht ernst genommen, wenn nicht gar lächerlich gemacht („Sammeltopf ärztlicher Insuffizienz“). Bei den niedergelassenen Ärzten und insbesondere den Allgemeinärzten stellt sie aber einen Großteil der real klagenden Klientel dar, ist gleichsam behandlungsbedürftiger Alltag. So dürfte es auch um die Dysthymie stehen.

Nun hängt aber das Gewicht der subjektiven Meinung von der jeweiligen Autorität ab, und die ist erfahrungsgemäß bei klinisch tätigen Ärzten weitreichender (Fachartikel und -Lehrbücher publizierende sowie Vorträge haltende „Mei-

nungsbildner“, vor allem mit Professoren-Titel). Da kann ein Hausarzt wenig ausrichten, und wenn seine Praxis von solchen Patienten noch so überläuft. Das gleiche Problem also – wie erwähnt – ist auch für die Dysthymie nicht von der Hand zu weisen.

Oder kurz: Dysthyme Störungen spielen in der Klinik nur eine untergeordnete Rolle, falls überhaupt; in der Allgemeinpraxis hingegen sind sie fast Alltag.

Unabhängig von wissenschaftlichen Disputen wird man aber wohl zugestehen müssen, dass viele Menschen unter dysthymen Störungen leiden, gleichgültig, wie sie die Wissenschaftler derzeit einteilen (siehe auch die Geschichte der Dysthymia von der Antike bis heute in der ausführlichen Darstellung dieses Themas in dieser Serie).

### **Seelische Störungen: mehr als zwei Drittel der Menschen?**

„Die Mehrzahl der Menschen wird im Laufe des Lebens mindestens einmal eine psychiatrische Diagnose erhalten, ließen sie sich nur entsprechend psychologisch und/oder fachärztlich untersuchen. Nur wenn es ebenso normal ist, eine psychische wie eine körperliche Störung zu haben, ist die Stigmatisierung überwunden. Je mehr man betont, psychiatrische Erkrankungen seien alle schwer, chronisch und betreffen nur einige wenige Prozente der Bevölkerung (was alles nicht wahr ist), umso leichter fällt es, psychisch Kranke als eine inferiore Minderheit zu stigmatisieren. Die modernen epidemiologischen Studien ergeben mit besserer Methodik immer höhere Lebenszeit-Prävalenzen für psychische Störungen. Sie dürften mehr als zwei Drittel der Menschen betreffen“ (Prof. Dr. J. Angst, berühmter Wissenschaftler, Autor und ehemals Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich).

Die Dysthymie ist also erst einmal phänomenologisch (vom Erscheinungsbild her) einzustufen und deshalb – kurz gefasst – eine chronisch-depressive Verstimmung: herabgestimmt, unglücklich, bedrückt, niedergeschlagen, traurig, ja trostlos, resigniert und bisweilen hoffnungslos, weil sie sich nur selten oder „niemals“ aufzuhellen scheint.

### **Begriffe**

Der Begriff *Dysthymie* oder *dysthyme Störung* wird heute konkurrenzlos eingesetzt. Frühere Begriffe, die zumindest bedeutungs-ähnlich gebraucht wurden bzw. gelegentlich noch werden sind Psychasthenie, Neurasthenie sowie Typus melancholicus, chronische depressive Verstimmung unklarer Genese (Ursache) u. a.

## **Wie häufig ist eine Dysthymie?**

Selbst wenn man sehr eng gezogene diagnostische Kriterien (kennzeichnende Merkmale) berücksichtigt, sind dysthyme Störungen häufig. So wird die so genannte Lebenszeit-Prävalenz (Häufigkeit über die gesamte Lebenszeit) mit 6 % angegeben, die Punktprävalenz (Häufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt) mit 3 %. Das sind allein im deutschsprachigen Bereich mehrere Millionen Betroffene. Patienten in psychosozialen Einrichtungen (z. B. Beratungsstellen, Polikliniken/Ambulanzen u. a.) sollen bis zu einem Drittel und mehr mit einer Dysthymie belastet sein.

## **Geschlechtsspezifische Aspekte**

Frauen sind 2- bis 3-mal häufiger (je nach Studie zwischen 1,5 und 5-mal) betroffen als Männer. Auch scheinen Frauen in der Regel früher zu erkranken (oft mit handfesten Beeinträchtigungen verbunden, z. B. durch sexuelle Gewalt).

## **Biologische und genetische Aspekte**

Trotz ihrer Häufigkeit und vor allem psychosozialen Folgen (vom individuellen Leid bis zu den sozio-ökonomischen Belastungen) sind seelische Störungen im Allgemeinen und sogar die Depressionen im Speziellen nicht so ausreichend erforscht, wie eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen. Das betrifft insbesondere neurophysiologische und speziell neuropharmakologische Aspekte sowie offene elektrophysiologische und neuroendokrinologische Befunde. Ähnliches gilt für neurochemische und bildgebende Verfahren.

Genetische Untersuchungen zur so genannten Erblast ergeben allerdings eine familiäre Häufung von Dysthymie und Depressionen (sowie gelegentlich auch manischen Zuständen), vor allem was Eltern, Großeltern und weitere Verwandte betrifft. Interessanterweise finden sich dabei auch gehäuft so genannten Persönlichkeitsstörungen im engeren Familien-Gefüge (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

## **Beschwerdebild**

Charakteristisch für die Dysthymie ist die erwähnte Dauerverstimmung, meist missmutig bis mürrisch-reizbar getönt. Problematisch ist eine ständig erhöhte innere Anspannung mit entsprechenden Aufmerksamkeits-Einbußen, Angstzuständen, aggressiven Durchbrüchen sowie ggf. Depersonalisations- und De-realisations-Erlebnissen (Beispiel: Bin ich noch ich selber? Alles so sonderbar um mich herum). Weitere Einzelheiten siehe später, vor allem je nach Altersstufe.

## **Ko-Morbidität – wenn ein Leiden zum anderen kommt**

Die *Ko-Morbidität*, also wenn ein Leiden zum anderen kommt, ist eine der Hauptverantwortlichen dafür, dass die Dysthymie nach wie vor ein schillerndes Phänomen ist, das nicht nur vom klinischen, sondern auch vom wissenschaftlichen Aspekt her kaum in den Griff zu bekommen ist. Das wird schon daraus ersichtlich, dass offensichtlich mehr als drei Viertel aller Patienten mit einer Dysthymie auch noch mit einem weiteren seelischen Leiden belastet sind.

Am häufigsten ist die Kombination aus Dysthymie und schwerer Depression (zwischen 30 und 70 %, vor allem im Kindesalter), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (zwischen 52 und 60 %), Angststörungen (zwischen 40 und 50 %) sowie Suchtgefahr (zwischen 11 bis 30 %, vor allem Alkoholismus). Selbst bei nicht-psychiatrischen, wenngleich mit seelischen und psychosozialen Konsequenzen belasteten organischen Erkrankung ist mit einer Dysthymie zu rechnen (z. B. dysthyme Störung bei Parkinson-Kranken in jedem fünften Fall?).

## **Verlauf**

Der Verlauf einer dysthymen Störung ist meist abhängig von Umwelt und Lebensereignissen. Ein früher Beginn soll auf einen eher chronischen Verlauf hindeuten, d. h. in der Regel viele Jahre. Auch scheint dies für eine hohe familiäre Belastung zu sprechen, vor allem mit Gemütsstörungen im Sinne von immer wiederkehrenden Depressionen. Weitere Einzelheiten siehe unten.

## **Alter**

Dysthyme Störungen sind in jedem Alter möglich, scheinen aber in bestimmten *Entwicklungsphasen* besonders zu belasten (und damit zumindest subjektiv im Leidens-Vordergrund zu stehen). Dazu gehören vor allem die Zeit der Pubertät, die Früh-Adoleszenz (Heranwachsende, junge Erwachsene) und das höhere Lebensalter. Das nimmt nicht Wunder. In diesen Lebensphasen treffen sowohl so genannte patho-plastische Aspekte (körperliche, nicht zuletzt hirnorganische Aufbau- und Rückbildungsvorgänge) als auch psychosoziale Belastungen aufeinander. Wie sieht man das je nach Altersstufe?

- **Dysthymie in der Kindheit**

Die weltweit tonangebenden Institutionen WHO und APA (siehe oben) nehmen zur Dysthymie im Kindes- und Jugendalter wenig bis gar keine Stellung. Das ist ein Wissens-Defizit mit erheblichen Auswirkungen, nicht zuletzt auf die Prävention (Vorbeugung). Denn entsprechende Arbeitsgruppen berichten, dass die von ihnen untersuchten Patienten mit einer Dysthymie erste Anzeichen einer solchen Störung bereits in Kindheit und Jugend hatten.

Die für diese Altersgruppen charakteristischen Symptome dazu waren: Appetitlosigkeit, Freudlosigkeit, Schulversagen mit dem Anschein von Faulheit und Unaufmerksamkeit, quälende Leistungseinbußen bei Schulaufgaben, Klagen und Äußerungen über nicht recht fassbare körperliche Störungen, insbesondere unklares Missbehagen, Kontaktverlust zu Eltern, Geschwistern und Mitschülern u. a. Ein Leidensbild übrigens, dass schon im 19. Jahrhundert sehr konkret beschrieben wurde: energielos, tagsüber Schlafbedürfnis, nachts aber Schlafstörungen, überempfindlich, ständig durch Sorgen und Enttäuschungen belastet u. a.

Das aber sind auch die Symptome leichter Depressionen, die sich später zu einer ernsteren Schwermut auswachsen können (und dann keine Dysthymie mehr wären). Mit anderen Worten: Es ist und bleibt schwer, die Dysthymie im Allgemeinen und die des Kindes und Jugendlichen im Besonderen von einer (vor allem beginnenden) Depression abzugrenzen. Gleichwohl wichtig zu wissen:

Treten dysthyme Störungen schon in der Kindheit auf, dann belasten sie in der Regel bereits das 1. Lebensjahrzehnt. Die Geschlechtsverteilung in der Kindheit ist noch ausgeglichen, die erhöhte Beeinträchtigung des weiblichen Geschlechts beginnt erst später. Besonders problematisch ist die schon frühe Belastung der schulischen Leistung und des Sozialverhaltens. Dies insbesondere bei einer drohenden Ko-Morbidität (Mehrfach-Erkrankung), wobei dann nicht nur Angststörungen und Depressionen, sondern auch eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zusätzlich und wohl mit am ausgeprägtesten beeinträchtigen kann.

- **Dysthymie in der Adoleszenz**

Pubertät und Adoleszenz (die Zeit des Heranwachsenden nach der Pubertät mit Übergang zum jungen Erwachsenen) stellen eine seelische, psychosoziale, körperliche und auch psychosomatisch bedeutsame „Umbau-Phase“ dar. Sie äußert sich nicht zuletzt in affektiven Beeinträchtigungen (Gemütsänderungen, meist depressive und ängstliche Verstimmungen). Dysthyme Störungen sind in dieser Phase fast die Regel. In manchen Untersuchungen spricht man von zwei Dritteln, die ab Pubertät oder Adoleszenz an entsprechenden Beeinträchtigungen zu leiden haben.

Außerdem sind diese früh mit einer Dysthymie belasteten jungen Menschen später auch noch vermehrt von schwereren Depressionen, Angststörungen, Ess- und Persönlichkeitsstörungen bedroht. Selbst die missbräuchliche Verwendung von Rauschdrogen und Arzneimitteln ist bei ihnen öfter registrierbar, zumindest im späteren Laufe des Lebens.

Ihr Beschwerdebild ist dementsprechend vielfältig und unterliegt auch oft noch raschen Schwankungen (in der Regel von Umweltbelastungen geprägt).

Die häufigsten psychosozialen Beeinträchtigungen und ihre seelischen und psychosomatischen Folgen sind: Probleme mit dem anderen Geschlecht, in der Schule, am Lehrplatz, mit den Eltern u. a. Vor allem so genannte Identifikations- und Anpassungs-Schwierigkeiten. Ggf. Selbst-Aggressionen (suizidale Impulse) und Fremd-Aggressionen (bis hin zu scheinbar kriminellen Auswüchsen). Außerdem Merk- und Konzentrationsstörungen (Lernfähigkeit) und eine Überempfindlichkeit bzw. Neigung zu Über-Reaktionen.

Sogar für das Umfeld scheinbar unbedeutende Beeinträchtigungen können zu (lebens-)entscheidenden Kurzschlüssen führen (Drogen, kriminelle Gruppierungen, sexuelle Fehlritte, mit den heutigen Möglichkeiten sogar Flucht in ferne Regionen u. a.).

Im Extremfall und bei ggf. erblicher Belastung drohen zudem weitere seelische Erkrankungen wie Ess-Störungen, Angsterkrankungen, besonders Panikattacken, Phobien und somatoforme (psychosomatisch interpretierbare) Leiden.

### • **Dysthymie im Erwachsenenalter**

Das Erwachsenenalter, insbesondere die so genannten „besten Jahre“, gehören inzwischen zu der „kritischsten Lebensphase“, jedenfalls was seelische und psychosoziale Belastungen und Folgen anbelangt: Trennung, Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes (und damit von Ansehen und Aussichten generell) u. a. Letztlich gibt es aber keine Lebens-Epoche, die nicht ins Verheerende und Aussichtslose kippen könnte, so die Experten.

Diejenigen, die „erst“ im Erwachsenenalter an einer Dysthymie erkranken (definitiv nach dem 21. Lebensjahr), zeigen folgende soziodemographischen Schwerpunkte:

Sie sind häufiger verheiratet, erkranken – wenn überhaupt – deutlich später an einer ernsteren Depression, weisen weniger ko-morbide (zusätzliche) Persönlichkeitsstörungen und Suchtgefahren auf und sind seltener mit Gemütsstörungen in der Vorgeschichte ihrer Angehörigen belastet. Das alles lässt auch die Prognose (die Heilungsaussichten) etwas günstiger erscheinen, zumal die Bewältigungs-Möglichkeiten bzw. psychosozialen Strategien im Erwachsenenalter ausgereifter und damit effektiver sind.

Trotzdem haben aber auch die Erwachsenen ihre (typischen?) Dysthymie-Beschwerden, nämlich: geringe Stress-Toleranz, vermehrte innere Unruhe, Nervosität und Anspannung, öfter (und dann zwar nicht massiver, aber auffälliger) reizbar, missgestimmt, ja aggressiv. Und das alles mit in der Regel noch folgenschwereren Konsequenzen in Partnerschaft, Familie, Betrieb, Freundeskreis, Nachbarschaft u. a.



Ein besonderes Phänomen der erwachsenen Dysthymiker ist, dass sie vor allem über ein Beschwerdebild klagen, das sich zumeist körperlich äußert. Das wäre aber noch nicht das Problem. Entscheidend ist die hartnäckige und oft auch recht geschickte Art der Betroffenen, jede seelische oder psychosoziale Ursache für ihr scheinbar organisches Leiden in Abrede zu stellen, zu dissimulieren, wie der Fachausdruck heißt (bewusste Verheimlichung). Der Grund ist bekannt: Es wird gerade in diesem Alter und bei entsprechender Position unverändert als ehrenrührig und „scham-besetzt“ angesehen, durch „seelische Beeinträchtigungen in die Knie zu gehen“. Ein organisches Leiden dagegen muss „in Gottes Namen akzeptiert werden“.

Ein weiterer Aspekt ist der ständige Wechsel solcher „körperlicher“ Beschwerden und deren Zahl (was den Experten schon einmal misstrauisch werden lässt): rein organische Krankheiten kommen mit zwei bis drei, selten mehr konkreten(!) Symptomen aus. Bei Verdacht auf seelische Ursache sind es in der Regel deutlich mehr Krankheitszeichen, die zudem – wie erwähnt – noch öfter wechseln und außerdem sehr diffus geschildert werden (und sich am Schluss ja auch nicht durch den jeweiligen Facharzt-Befund objektivieren lassen).

- **Dysthymie im höheren Lebensalter**

Das Beschwerdebild eines älteren Menschen unterscheidet sich – besonders wenn man genauer hinsieht – häufig durch eine Reihe charakteristischer Merkmale; das betrifft sowohl organische als auch seelische Leiden. Und hier vor allem affektive, also Gemütsstörungen.

Tritt eine Depression erstmals jenseits des 60. Lebensjahrs auf (das gilt in etwa als Grenze zum „3. Lebensalter“), findet sich eine familiäre Belastung seltener. Eine solche Schwermut hängt eher von belastenden Umweltereignissen ab, die der Betreffende nicht mehr bewältigen kann. Auch sind die seelisch-körperlichen regenerativen Reserven inzwischen so reduziert oder gar aufgebraucht, dass ein chronisches Leiden droht (und wenn zeitlich begrenzt, dann deutlich länger als in mittleren oder jungen Jahren).

Wenn also jemand nicht mehr „auf die Füße kommt“, d. h. wenn Erholung oder gar Genesung nicht mehr absehbar scheinen, dann denkt man zuerst einmal an eine affektive (Gemüts-)Störung im weitesten Sinne. Das Beschwerdebild pflegt dies im höheren Lebensalter auch noch zu unterstreichen: Beispiele:

- Am häufigsten eine erhöhte Angstbereitschaft, vor allem Verlustängste (Rückzug vor anderen, Isolationsgefahr, abhängig von fremden Menschen oder Institutionen werden u. a.).

- Kognitive Beeinträchtigungen, d. h. Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Aufmerksamkeitsdefizite, was vor allem an die „Horror-Vision“ einer beginnenden (Alzheimer-)Demenz denken lässt.
- Vermehrt missmutig, missgestimmt, reizbar, aber auch misstrauisch, aggressiv, ja feindselig – und zwar unbegründet.
- Dazu unruhig, nervös, gespannt, allerdings auch zugleich müde, matt, abgeschlagen, ja apathisch (teilnahmslos) und oftmals beides zusammen, eine überaus sonderbare und für alle belastende Kombination.
- Dazu hypochondrisch (vor allem auf mögliche Krankheiten bezogen) bis hin zum hypochondrischen Wahn (der dann durch nichts mehr korrigierbar ist, im Gegenteil: wenn man nichts findet, dann muss es besonders schlimm sein).
- Gegebenenfalls auch sonstige Wahnideen, vor allem einen Versündigungs- und noch häufiger Verarmungs-Wahn.

Dies alles hört sich eindeutig an, nämlich nach einer „Alters-Depression“. Leider sind diese Symptome zwar gelegentlich „eindeutig“, aber nur selten so ausgeprägt und damit krankheitsspezifisch, dass sich keine diagnostischen Zweifel ergeben. Außerdem neigen sie zu einer „fast charakteristischen Unschärfe“, können oder können eben auch nicht die notwendige eindeutige Diagnose absichern. Denn milde bis mäßig ausgeprägte depressive Zustände sind gerade im Alter häufiger, dazu noch wechselnd und „irgendwie unklar“. Dies zumal man in dieser Altersstufe besonders kritisch auf mögliche, unerkannte oder versteckte organische Ursachen achten muss, was oft genug in „endlose Durchuntersuchungen“ mündet, die zwar die allseits bekannten „Mini-Befunde“ ergeben, und damit einen differential-diagnostischen Teufelskreis einleiten, nur nicht die gewünschte Sicherheit.

So gesehen ist und bleibt eines unklar: Alters-Depression oder Dysthymie? Oder beides?

Wie auch immer: Im höheren Lebensalter führt zahlenmäßig nicht mehr das weibliche Geschlecht, hier sind Männer wie Frauen gleich häufig betroffen. Im Gegensatz zu den Dysthymie-Erkrankungen im mittleren und jüngeren Alter ist die Belastung durch Umweltfaktoren größer (zumindest aus subjektiver Sicht, und das ist für den Betroffenen entscheidend, nicht das Urteil seiner Umgebung: „aber Oma...“). Eine solche Belastung, z. B. Tod des Partners oder eines nahen Angehörigen bzw. Freundes, schwere Erkrankung und/oder Krankenhausaufnahme selber oder von einem nahen Angehörigen, Trennung von einer wichtigen Bezugsperson, Ruhestand, Heimaufnahme u. a., kann relativ schnell zu einer Dysthymie führen. Die Beeinträchtigung kann aber auch einige Zeit zurückliegen, was die Diagnose noch mehr erschwert.

Kennzeichnend ist zudem der Umstand, dass „früher so etwas nie beobachtet worden ist, auch nicht bei Eltern, Großeltern und sonstigen nahen Verwandten“. Auch weitere (ko-morbide) Leiden, wie sie sonst gerne mit einer Dysthymie zusammen vorkommen, sind relativ selten (z. B. Angst- und Persönlichkeitsstörungen). Und – ein wesentlicher Unterscheidungsfaktor – das Beschwerdebild wird insbesondere durch kognitive Einbußen (Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, verminderte Aufmerksamkeit) sowie vegetative Beeinträchtigungen geprägt (vor allem Appetitlosigkeit mit Gewichtsabfall, Schlafstörungen u. a.).

Wichtig: Im 3. Lebensalter können Belastungen jeder Art, vor allem aber Enttäuschungen, Verluste (real oder nur eingebildet) deutlich länger und intensiver nachwirken wie in früheren Zeiten. Außerdem pflegt sich viel eher ein Teufelskreis einzuschleifen, nämlich ängstliche (Über-)Reaktionen oder versteckte Aggressionen gegen andere oder sich selber. Die Suizidtat im Alter ist besonders gefährlich, vor allem durch verminderte Belastbarkeit und konsequente(re) Durchführung. Problematisch ist auch das Phänomen der traumatischen Summierung, d. h. wenn frühere, längst überwundene oder gar vergessene seelische Verwundungen wieder aufbrechen und sich mit dem aktuellen Leid zu einer unseligen Doppel- und damit Überlastung verbinden (Stichwort: „Die langen Schatten der Vergangenheit“).

### **Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen**

Bei der Dysthymie handelt es sich also um ein reichlich komplexes, leider auch unscharfes Krankheitsbild. Der Verlauf ist langwierig und es irritieren zahlreiche Komplikationsmöglichkeiten (z. B. die erwähnten zusätzlichen Angst- und Persönlichkeitsstörungen, Alkohol- und Rauschdrogenmissbrauch, die so genannte „doppelte Depression“ u. a.). Kein Wunder, dass dieses Leiden selten exakt diagnostiziert und vor allem konsequent behandelt wird (man spricht von etwa der Hälfte aller Betroffenen).

Besonders unterschätzt wird vor allem der frühe Beginn; in diesem Alter geht man noch nicht von einer ernsten Erkrankung aus. Doch gut ein Viertel ist bereits vor dem 21. Lebensjahr betroffen. Und gerade hier sind die Komplikationen und damit die Gefahr der Chronifizierung (Dauerleiden) besonders nachhaltig. Die Heilungsaussichten scheinen schlechter.

Im Gegensatz dazu ist eine frühe und konsequente Therapie durchaus erfolgreich. Nachfolgend deshalb erst einmal die *Pharmakotherapie* und später die psychotherapeutischen Möglichkeiten.

Menschen, die an einer Dysthymie leiden, gelten nicht gerade als einfache („pflegeleichte“) Patienten. Besonders ihre Compliance, wie der Fachausdruck

heißt, also ihre Therapietreue und vor allem Einnahme-Zuverlässigkeit der verordneten Medikamente lässt oft zu wünschen übrig. Wer diesen Ausführungen bisher gefolgt ist, kann es verstehen. Besonders problematisch wird es – wie erwähnt – bei frühem Beginn und mehrfacher Krankheits-Belastung. Und insbesondere dann, wenn sich bereits nachhaltige Einbußen im Alltag bemerkbar machen.

Unter diesem Aspekt drängt sich vor allem die Psychotherapie auf, also die Behandlung mit seelischen Mitteln. Das ist so oder so unumgänglich. Andererseits weiß aber auch jeder, der auf eine solche spezialisierte Behandlung wartet oder als Arzt solche Patienten vermitteln muss, wie schwer es ist, einen entsprechenden Therapieplatz zu bekommen. Und dies insbesondere bei Dysthymikern (die nicht gerade zu den favorisierten Patienten der Psychotherapeuten gehören, auch das muss einmal zugestanden werden).

Die oftmals beste Lösung ist also die Psychotherapie (siehe später), aber nicht selten erfolgreich unterstützt durch eine Pharmakotherapie mit entsprechenden Arzneimitteln, also eine gezielte Kombinationsbehandlung. Meist aber bleibt nur die Pharmakotherapie übrig. Sie wird gerne als „Behandlung zweiter Wahl“ abgetan, ist es aber nicht, vor allem nicht bei Patienten mit einer Dysthymie und schon gar nicht mit mehrfacher Belastung.

Am häufigsten und wohl auch erfolgreichsten sind antidepressive Arzneimittel, und zwar sowohl aus der neueren, als auch älteren Generation. Einzelheiten siehe der behandelnde Arzt, bei näherem Interesse aber auch der ausführliche Artikel in dieser Serie.

Was die Psychotherapie anbelangt, so ist sie bei entsprechender Erkrankungssituation unverzichtbar. Sie verbessert den Antrieb, stärkt die körperliche Seite (mindert zumindest die entsprechenden Beschwerden) und kann als effektive Rückfall-Vorbeugung genutzt werden.

Leider wird die Dysthymie nicht nur ausgesprochen spät diagnostiziert und meist untertherapiert bzw. gar nicht behandelt, es muss auch ein so genanntes psycho-dynamisches Problem berücksichtigt werden:

Menschen, die an einer Dysthymie leiden, sind oft über Jahre hinweg in einem verhängnisvollen Selbstbild gefangen: Sie blicken in eine pessimistisch gefärbte Zukunft und neigen dazu, bereits gemachte Erfahrungen auch rückwirkend negativ zu interpretieren (Fachbegriff: kognitive Triade). Positive Interpretationen dringen gar nicht mehr durch. Das führt dazu, dass auch neue Erkenntnisse und Erfahrungen meist fehlerhaft in diesem schwarz-seherischen, trübsinnigen, ja trostlosen und schließlich sogar lebens-verneinenden Sinne verarbeitet werden. Das Denken verabsolutiert sich in abwertenden, griesgrämigen, ja unheilvollen Schlussfolgerungen. Die Sichtweise ist geprägt durch eine sich selbst erfüllende Negativ-Prophezeiung. Ein Teufelskreis.

Dieser unglückseligen Entwicklung versuchen bestimmte psychotherapeutische Verfahren entgegenzuwirken. Zum Beispiel tiefenpsychologisch orientierte Behandlungsmaßnahmen, die von der psychodynamischen Annahme ausgehen: Hinter jedem Symptom steht ein Konflikt. In der analytisch orientierten Einzeltherapie wird deshalb versucht, eine Verknüpfung zwischen aktuellem Erleben und früheren Erlebnissen und Gefühlen herzustellen, d. h. verdrängtes Konfliktmaterial bewusst zu machen und in den aktuellen Alltag zu integrieren. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze zielen dabei auf die Veränderung zwischenmenschlicher Aspekte und versuchen die so genannte soziale Kompetenz zu stärken. Ein wichtiger Faktor in der Therapie, vor allem in der psychosozialen Rehabilitation dysthymischer Patienten, ist die Gruppentherapie. Hier geht es nicht nur um Rollenspiele in nachgestellten Problem-Situationen, sondern auch um Entspannungs- und Malgruppen sowie Musik- und Tanztherapie. Einen besonderen Stellenwert nimmt auch die Familientherapie ein, bei der es krankheits-fördernde Strukturen und krankmachende zwischenmenschliche Belastungen im engsten Familienkreis aufzudecken und zu bearbeiten gilt.

Denn ein wichtiger Faktor ist dabei der immer häufiger zu hörende Aspekt der *Vulnerabilität*: Das ist eine in der Regel mehrschichtige Verwundbarkeit auf dem Boden einer möglicherweise genetischen (Erb-)Anlage und verstärkt durch frühe Traumatisierungen (Verwundungen). Dies insbesondere durch kindliche Verlust-Erlebnisse, unzureichende Bewältigungs-Mechanismen, immer stärker werdende defizitäre soziale Fertigkeiten bis hin zu gelernter Hilflosigkeit und geringes Selbstwertgefühl (depressive Konstellation). Kein Wunder, dass hier die Familie miteinbezogen werden muss und auch einen wirkungsvollen Beitrag zu leisten vermag („kleines soziales Netzwerk“).

Weitere Einzelheiten siehe der ausführliche Beitrag zu diesem Thema in dieser Serie sowie im jeweiligen Bedarfsfall der eingebundene Psychotherapeut mit seinem spezifischen Behandlungs-Angebot.

## **Schlussfolgerung**

Die depressive Dauer-Verstimmung, Chronische depressive Verstimmung oder Dysthymie mag wissenschaftlich umstritten sein, und das schon in Fachkreisen seit dem 19. Jahrhundert. Im Alltag und vor allem in der Praxis des Allgemeinmediziners bleibt sie jedoch eine belastende Realität, und zwar nicht nur für den Betroffenen, auch für sein näheres und sogar weiteres Umfeld. Es ist also effektiver, sich mit diesem Phänomen konstruktiv, d. h. diagnostisch und ggf. therapeutisch auseinanderzusetzen. Nicht zuletzt in unserer Zeit und Gesellschaft und vor allem mit den gegenwärtigen pandemischen und insbesondere Lockdown-Folgen. Auch die Zukunft – unter welchen Bedingungen auch immer – scheint nicht dafür zu sprechen, dass diese individuelle und auch für das Umfeld psychosoziale Belastung weniger wird.