

Im Gespräch mit ... Dr. med. Benedikt Habermeyer

# «Die Heilung von Depressionen braucht Zeit»

Das Bewusstsein für Depression hat zugenommen: Viele Menschen mit depressiven Störungen gehen heute eher zu einem Arzt, aber längst nicht alle. Warum es so wichtig ist, diese Personen zu identifizieren und zu behandeln, wie das gelingt und warum die Betroffenen sich auch nach einer erfolgreichen Behandlung nicht sofort wie früher fühlen, erzählt Dr. med. Benedikt Habermeyer von den Psychiatrischen Diensten Aargau AG (PDAG).

Interview | Regina Scharf

● **BrainMag:** Dr. Habermeyer, die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungsangebote nimmt weiter zu, wie das neueste *Obsan Bulletin* zeigt<sup>1</sup>. Welche Altersgruppen sind am meisten betroffen?

**Dr. med. Benedikt Habermeyer:** Gemäss den Obsan-Statistiken nehmen vor allem mehr Kinder und Jugendliche die psychiatrischen Behandlungsangebote in Anspruch. Die Konsultationen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen und in der ambulanten und stationären Spitalpsychiatrie haben aber über alle Altersgruppen zugenommen. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist dagegen unverändert geblieben. Das spricht dafür, dass Menschen mit psychischen Problemen heute eher zum Arzt gehen. Diese Entwicklung ist grundsätzlich positiv und weist auf

eine teilweise Entstigmatisierung hin. Auf der anderen Seite sehe ich die Gefahr eines zu inflationären Gebrauchs von Störungsbegriffen.

**Es wird geschätzt, dass bei einem Viertel der Patienten eine Depression nicht erkannt wird. Wie gelingt es, Betroffene besser zu identifizieren?**

Aus meiner Sicht hat das Bewusstsein für Depressionen in den letzten Jahren zugenommen. Dazu haben unter anderem die tragischen Todesfälle prominenter Personen und die damit verbundene mediale Diskussion beigetragen. Es gibt aber immer noch viele Patienten, die psychische Beschwerden von sich aus nicht ansprechen. Daran sollten wir denken und aktiv nach psychischen Symptomen wie Gefühlsstörungen oder auch Suizidalität fragen. Früher hatte man in dieser Hinsicht viel mehr Berührungsängste. Nach dem Motto: Wenn ich jemanden danach frage, bringe ich ihn erst auf die Idee. Meine Erfahrung ist, dass die Patienten sehr offen und vernünftig Auskunft über psychische Symptome geben. Man muss ihnen aber oftmals eine Brücke bauen, damit sie über die Probleme sprechen können. Der Leidensdruck ist bei vielen Betroffenen gross. Oft handelt es sich ja um Menschen, die gerade aufgrund ihrer hohen Leistungsstandards anfällig sind für eine Depression. Das Auftreten depressiver Symptome wird von ihnen häufig als Versagen interpretiert und führt typischerweise dazu, dass sie versuchen, ihre Probleme allein zu lösen. →

Dr. med. Benedikt Habermeyer, Chefarzt des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie ambulant der Psychiatrischen Dienste Aargau AG



«Das Bewusstsein für Depressionen hat in den letzten Jahren zugenommen.»

**In der ambulanten psychiatrischen Versorgung sind die Wartezeiten häufig sehr lang. Wie gehen Sie mit dieser Versorgungsknappheit um?**

Die ambulante psychiatrische Behandlung in Kliniken und Praxen ist und bleibt ein Nadelöhr. Viele Patienten wenden sich primär an den Hausarzt. Dessen Aufgabe ist es, die Dringlichkeit abzuschätzen. Abhängig von der Schwere der Symptomatik und bei längeren Wartezeiten ist es sinnvoll, wenn der Hausarzt bereits eine medikamentöse Behandlung beginnt. Gleichzeitig sollte möglichst rasch ein Spezialist hinzugezogen werden.

In den Ambulatorien der PDAG sind die Wartezeiten für einen regulären Termin mit zwei bis vier Wochen verhältnismässig kurz. Im Notfall kann man sich an unser Krisen- und Triagezentrum wenden. Ein Patient mit schwerer Symptomatik kann bei uns jederzeit aufgenommen und beurteilt werden. Demgegenüber ist es in einer psychiatrischen Praxis oft nicht möglich, Fenster für Notfälle freizuhalten. Deshalb werden die Notfallleistungen, wie in unserem Kanton, meistens von den Institutionen abgedeckt. Dafür erhalten wir vom Kanton aber auch eine finanzielle Unterstützung.

**Wie hoch schätzen Sie den Anteil von Depressionen unter den ambulanten Behandlungen?**

Affektive Störungen und Angst- bzw. Anpassungsstörungen mit depressiven Symptomen sind mit jeweils ca. 30% der häufigste Grund für eine Zuweisung im ambulanten Bereich. Aber nicht jeder, der uns mit dieser Verdachtsdiagnose zugewiesen wird, ist am Ende auch depressiv. Manchmal verbirgt sich auch eine andere psychiatrische Erkrankung, beispielsweise eine Persönlichkeits- oder Schmerzstörung, hinter dieser Diagnose. Bei anderen Patienten bestehen zusätzlich Komorbiditäten, die das Auftreten von Depressionen begünstigen, beispielsweise Abhängigkeitserkrankungen.

**Gibt es Neuerungen bei der Behandlung der Depression?**

Die spektakulärste pharmakologische Neuentwicklung ist aus meiner Sicht die Zulassung eines Ketamin-Nasensprays für Patienten mit therapieresistenter Depression in den USA. Das Medikament hat einen komplett anderen Wirkungsmechanismus als die klassische Behandlung mit SSRI. Der stimmungsaufhellende Effekt des verwendeten Wirkstoffs Esketamin scheint nicht nur sehr ausgeprägt zu sein, sondern setzt bereits nach wenigen Stunden ein.

Aber auch im Bereich der Psychotherapie, die ein weiteres Standbein der Behandlung ist, etablieren sich spezifische Verfahren wie zum Beispiel das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Dabei versucht man unter anderem mithilfe

von Rollenspielen, destruktive Verhaltensmuster in Alltagssituationen zu durchbrechen. Kombiniert mit einer Psychopharmakotherapie hat sich das Verfahren selbst zur Behandlung von langjährigen chronischen Depressionen als sehr effektiv erwiesen.

**Wonach richtet sich die Wahl des Psychopharmakons / der Psychopharmaka?**

Ausschlaggebend für die Wahl sind die möglichen Nebenwirkungen des Psychopharmakons, die Symptompräsentation und die Patientenpräferenz. Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie empfiehlt, als First-line-Therapie generell SSRI oder die sog. «neueren Antidepressiva» einzusetzen, weil diese ein vorteilhaftes Nebenwirkungsprofil haben. Teilweise versucht man aber auch, bestimmte Nebenwirkungen gezielt zu nutzen. Depressive Patienten sind oft unruhig, innerlich angespannt und haben Schlafstörungen. In diesem Fall wählt man eher ein Antidepressivum, das müde macht, mit dem Ziel, den Patienten zu beruhigen und den Schlaf zu verbessern. Weitere Faktoren, die berücksichtigt werden sollten, sind das Alter – viele Medikamente verursachen sexuelle Funktionsstörungen – und die Komorbiditäten. Mit dem Start der Behandlung allein ist es nicht getan. Man muss auch kontrollieren, ob sich die Symptomatik verbessert. Etwa nach zwei bis drei Wochen sollte ein Effekt spürbar sein, ansonsten muss die Behandlung angepasst werden. In diesem Fall empfiehlt sich eine Anpassung der Dosis, ein Wechsel der Wirkstoffklasse, die Gabe eines weiteren Medikaments oder eine Augmentationstherapie, beispielsweise mit Lithium oder atypischen Neuroleptika. Leider lässt sich nicht genau vorhersagen, auf welche Pharmakotherapie der Patient anspricht. Man muss sich dessen bewusst sein und diese Tatsache ausführlich und offen mit dem Patienten besprechen, bevor man gemeinsam eine Behandlungsstrategie festlegt.

**Die Depression war 2017 der häufigste Grund für eine stationäre psychiatrische Behandlung. Wann ist eine Hospitalisierung notwendig?**

Als Chefarzt für den ambulanten Bereich der PDAG bin ich der Meinung, dass man fast alle depressiven Patienten ambulant behandeln kann. Schwierig wird es aber, wenn die Personen störungsbedingt nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu versorgen. Ein Beispiel sind schwer depressive Patienten, die selbst bei kleinen Entscheidungen nicht mehr weiter wissen oder zum Beispiel aufgrund ihrer Antriebsstörung nicht mehr einkaufen gehen, sich vernachlässigen oder vielleicht sogar wahnhaftige Gedanken haben.

In solchen Situationen lässt sich ein stationärer Aufenthalt oft nicht mehr vermeiden. Wenn der Patient durch sein Umfeld unterstützt wird und verbindliche und verlässliche Absprachen mit dem Patienten möglich sind, lässt sich oft auch in schwierigen Situationen sehr viel im ambulanten Setting erreichen.

**Häufig besteht eine Diskrepanz zwischen der symptomatischen und funktionellen Remission bei einer Depression. Welchen Einfluss haben die Residualsymptome auf den weiteren Krankheitsverlauf und wie beeinflussen sie die Therapie?**

Eine solche Diskrepanz ist gar nicht so selten und wird oft dadurch beeinflusst, wie schwer die Depression war. Vor allem im stationären Bereich habe ich erlebt, dass die Patienten zwar angegeben haben, es ginge ihnen besser. Die Frage, ob sie sich wieder wie früher fühlen, haben sie aber verneint. Das ist eine der Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Patienten: in der Klinik funktionieren bedeutet noch nicht, im Alltag und noch lange nicht bei der Arbeit zu funktionieren. Die Heilung von Depressionen braucht Zeit. Bis man wieder auf dem alten Stand ist, dauert es oft sechs bis zwölf Monate. Es ist daher ratsam, auch bei

gutem Ansprechen auf die antidepressive Therapie den Langzeitverlauf zu beobachten.

**Bedeutet einmal Depression immer Depression?**

Das Risiko einer Depression ist höher bei Personen, die bereits eine Depression hatten, im Vergleich zu jemandem, der noch keine Depression hatte. Ausserdem nimmt mit jeder zusätzlichen depressiven Phase das Risiko einer erneuten Depression zu. Deshalb sollte eine Depression in jedem Fall ernst genommen und vernünftig behandelt werden. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Betroffenen sich dieser «Verwundbarkeit» bewusst werden und dieses Wissen in ihren Alltag integrieren. Am Ende ist die Depression eine Kumulation von Entwicklungen, die unter anderem dazu führen, dass man Dinge, die einem gut tun, beispielsweise aufgrund von Stress, vernachlässigt. Dieses Verständnis geht weit über den Effekt einer Medikation hinaus und ist nützlich, um zukünftigen Krisen vorzubeugen. ○

**Bibliografie**

<sup>1</sup>Psychische Gesundheit Kennzahlen 2017.  
OBSAN BULLETIN 08/2019