

Unverkäufliche Leseprobe



Brigitta Bondy
Wenn die Depression das Herz bricht
Seelische Störungen und Herz-Kreislauf-
Erkrankungen

128 Seiten, Paperback
ISBN: 978-3-406-57353-8

Einleitung

«Der Kummer, der nicht spricht,
nagt leise an dem Herzen, bis es bricht.»

William Shakespeare (1564–1616),
Macbeth, 4. Aufzug, 3. Szene

Eine kranke Seele bedeutet Stress für das Herz. Nicht nur in der Literatur, auch in der Umgangssprache ist die Verbindung zwischen dem Herzen und den Emotionen allgegenwärtig. Und so macht dieser kurze Satz: «Der Kummer brach ihr das Herz» jedem Menschen sofort verständlich, was die Ursache für ein schweres Leiden oder sogar für einen plötzlichen Tod war.

Das Herz gilt schon seit alters und in vielen Kulturen als Sitz der Seele, des Gefühls, des Mutes, des Bewusstseins oder der Vernunft. Obwohl die Bedeutung des Gehirns als übergeordnetes Zentrum des Denkens bereits früh bekannt war, wurde immer wieder darüber diskutiert, ob denn das Gehirn auch der Sitz der Seele sei. So plädierte der griechische Philosoph Platon (427–347 v. Chr.) noch für das Gehirn als Ort des Geistes und der Seele. Doch bereits sein Schüler Aristoteles (384–322 v. Chr.) sah das Herz als Zentrum des Lebens und alle übrigen Strukturen des Körpers ihm untergeordnet.¹ Dieser Dualismus mit der jeweils wechselnden dominierenden Rolle von Gehirn und Herz wirkt im Grunde bis heute fort.

Das ist auch nicht verwunderlich, denn wir haben eine besondere Beziehung zum Herzen. Nicht nur, dass wir uns dessen bewusst sind, was geschehen könnte, wenn dieses Organ versagt. Das Herz ist auch das einzige Organ unseres Körpers, das wir mit unseren Emotionen, positiven wie negativen, verbinden. Hier spüren wir Enge und Beklemmung, wenn wir Angst haben oder traurig sind. Bei andauernden negativen Emotionen «versteinert» das Herz, es kommt uns vor, als würden sich Panzerplatten so eng darum schließen, dass wir kaum noch atmen können. Andererseits spüren wir hier auch Freude, Wärme und Liebe.

Seit nahezu hundert Jahren werden nun diese Beziehungen zwischen seelischen Störungen und Erkrankungen im Herz-Kreislauf-System von der Wissenschaft ins Visier genommen. Anfangs hatte man sie eher «festgestellt», beschrieben, ihnen aber keine besondere Beachtung geschenkt. Nur allzu verständlich schien es, dass Menschen, die eine so tief in ihr ganzes Leben eingreifende Erfahrung wie einen Herzinfarkt machten, dann auch mit der Seele darauf antworteten. Musste man sich doch damit abfinden, dass das gesamte Leben verändert wurde und eventuell sogar der Tod drohte. Wie sollte man darauf nicht depressiv reagieren?

Doch unsere Sicht auf diese wechselseitigen Beziehungen zwischen seelischen Störungen und dem Herzen hat sich in den letzten dreißig Jahren verändert. Viele Untersuchungen über die klinischen Zusammenhänge haben deutlich gemacht, dass es sich dabei nicht um ein zufälliges Aufeinandertreffen zweier Krankheiten handelt. Im Gegenteil, wir wissen heute sehr genau, dass eine Depression den weiteren Verlauf einer Herzerkrankung äußerst negativ beeinflusst. Vor allem bei

einem Herzinfarkt wirkt sich die Depression verheerend aus, da sie die Sterblichkeitsrate nahezu verdreifacht – und das auch noch nach vielen Jahren. Für diese schlechte Prognose muss es sich nicht einmal um schwere Depressionen handeln, auch länger andauernde depressive Verstimmungen mit Angstzuständen wirken sich bereits negativ aus.

Dank des wissenschaftlichen Fortschrittes in allen Bereichen der Medizin können wir nun auch viele Funktionen des Gehirns untersuchen. Wir messen die Gehirnströme in unterschiedlichen Situationen und können dank neuester Techniken die Durchblutung und die Nährstoffversorgung einzelner Regionen sichtbar machen. Wir haben gelernt, was im Gehirn beim Lösen von Rechenaufgaben passiert oder auch dann, wenn wir in experimentellen Situationen Angst erzeugen. Wir wissen heute, dass unsere Emotionen im Kopf entstehen und dort auch verarbeitet werden. Aber wie kommen diese Gefühle in das Herz?

Vor allem in den letzten zehn Jahren haben wir viel über die biologischen Hintergründe sowohl der Depression als auch der Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfahren. Wir kennen viele Risiken, wir können manche Parameter messen, die uns ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen anzeigen. Wir kennen einige Faktoren, die den Verlauf einer Depression negativ beeinflussen, und können versuchen, diese zu vermeiden. Bei all diesen Untersuchungen, die getrennt voneinander von den jeweiligen Fachdisziplinen durchgeführt wurden, zeigte sich eines sehr deutlich: Bei beiden Erkrankungen sind oftmals die gleichen Systeme des Körpers in ihrer Funktion und in ihren Regelkreisen gestört. Dies könnte also eine Erklärung dafür sein, dass die Depression

und Erkrankungen im Herz-Kreislauf-System so überzufällig häufig gemeinsam auftreten und sich gegenseitig negativ beeinflussen.

Im Grunde wissen wir trotz all dieser Erkenntnisse noch immer nicht genau, ob die gestörten Systeme die einzigen Mechanismen sind, mittels derer das Herz und das Gehirn ihre Wechselwirkungen ausüben. Doch wir stehen am Anfang einer neuen Forschungsrichtung und bemühen uns, die Zusammenhänge zu verstehen. Es geht immerhin um unser Leben.

Die Depression

Der Begriff Depression wird im allgemeinen Sprachgebrauch oft relativ unspezifisch im Sinne einer Minderung der Befindlichkeit oder emotionalen Beeinträchtigung verwendet. Obwohl Gefühle von Traurigkeit und bedrückter Stimmung nicht immer Krankheitswert haben müssen, sondern wichtig sind, um Krisen zu bewältigen, kann die Niedergeschlagenheit über ein vertretbares Maß hinausgehen, ungewöhnlich lange bestehen bleiben und durch den Betroffenen selbst nicht mehr kontrollierbar sein.

Depressive Episoden zählen, wie Manie oder bipolare Störungen (Wechsel zwischen Manie und Depression), zu den affektiven Erkrankungen, bei denen eine krankhafte Veränderung der Stimmungslage gemeinsam mit einem Wechsel des Aktivitätsniveaus im Vordergrund steht. Die Häufigkeit dieser seelischen Störungen hat nach dem Zweiten Weltkrieg stetig zugenommen. Aufgrund der Ergebnisse neuerer epidemiologischer Studien (Untersuchung von Entstehung, Verbreitung und sozialen Folgen von Erkrankungen) gehen wir davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken, zwischen 12 und 17 Prozent liegt. Für Frauen ist das Risiko allerdings noch höher zu bewerten, etwa 25 bis 30 Prozent von ihnen sind im Laufe ihres Lebens von dieser Krankheit betroffen. Seit langem wird nach den Ursachen für diese Geschlechtsunterschiede

geforscht, und natürlich werden immer wieder hormonelle Faktoren herangezogen. Ein weiterer Faktor könnte aber auch darin liegen, dass Frauen im Privatleben stärker mit Stress konfrontiert sind als Männer. Gerade in den unteren sozialen Schichten unterliegen sie in erhöhtem Ausmaß mehrfachen Stressoren, wie Partner-, Arbeits- oder Haushaltstress, beziehungsweise deren Interaktion. Auch die zwischen Männern und Frauen immer wieder beobachtete unterschiedliche Bewertung der Gesundheit könnte eine Ursache sein: Frauen sind eher bereit, einen Arzt aufzusuchen, und zwar auch dann, wenn es sich nicht um schwerwiegende Erkrankungen handelt. Ohnehin steht bei vielen Patienten die depressive Stimmung nicht im Vordergrund, sondern wird als Reaktion auf körperliche Symptome, wie zum Beispiel multiple Schmerzen, gewertet. Da diese Patienten in den psychiatrischen Studien meist nicht erfasst werden, vermuten wir, dass die tatsächlichen Krankheitsraten bedeutend höher sind.

Obwohl Depressionen grundsätzlich in jedem Lebensalter erstmals auftreten können, liegt das durchschnittliche Erstkrankungsalter meist zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr. Mit steigendem Alter (ab 65 Jahren) nimmt auch die Erkrankungshäufigkeit noch etwas zu; so zählt die Depression zu den häufigsten psychiatrischen Störungen im Alter.²

Symptomatik, Verlauf und Prognose

Das klinische Bild wird überwiegend geprägt durch depressive Verstimmung, Verlust von Interesse und Freude sowie einer deutlichen Antriebsverminderung. Dabei kann die depressive Verstimmung von leichter Traurigkeit bis hin zum

schwermütigen, versteinerten «Nichts-mehr-Fühlen» reichen. Die Welt erscheint wie abgerückt, so als sei man von der Umgebung durch Glas getrennt und drinnen, allein, ist man gefangen in seiner Verzweiflung. Arbeit, Familie, Hobbys, alles wird zu viel, schließlich reicht die Kraft nicht mal mehr, um zum Telefon zu gehen. Freude und Lachen verblassen, und übrig bleibt die scheinbare Gewissheit, dass die Lebensfreude niemals mehr wiederkommen wird. An ihre Stelle treten eine gewisse Starre, Selbstzweifel und oft auch Schuldgefühle, dass man durch eigenes Versagen Freunde und Familie belastet oder auch ins Unglück stürzt. Oft dominieren quälende Angst und innere Unruhe. Meist gelingt es den Patienten nicht, sich zu Aktivitäten irgendwelcher Art aufzuraffen, sie sind ohne Initiative oder Interesse für frühere Hobbys oder Pläne. Jeglicher gut gemeinte Rat, wie der allen bekannte Satz: «So rei dich doch zusammen, anderen geht es auch schlecht», macht den Patienten ihr Unvermögen nur noch bewusster und steigert Schuld- und Insuffizienzgefhle.

Die gedrückte Stimmung ändert sich kaum von Tag zu Tag, ist aber im Rahmen der bekannten Tagesschwankungen morgens meist schlechter als im Verlauf des Tages. Äußerlich sind bei Depressiven häufig mangelnde Mimik und Gestik sowie eine leise, zögernde Stimme zu beobachten. Veränderungen der Psychomotorik zeigen sich entweder in Form einer Antriebshemmung mit reduziertem Energieniveau oder in ängstlicher Agitiertheit. Die Patienten sind dann angespannt, stets in sinnloser Bewegung, jedoch ohne dabei effektiv zu sein. Weitere charakteristische Symptome sind Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Verlust des sexuellen Interesses sowie erhebliche Konzentrationsstörungen. Sehr häufig stehen auch die

körperlichen Begleitsymptome im Vordergrund der Symptomatik.³

Depressive Erkrankungen verlaufen meist in Episoden, die ohne Behandlung etwa 6 bis 12 Monate dauern. Der Beginn ist schleichend mit allmählichen Veränderungen der Stimmung und des Energieniveaus, die oft nicht eindeutig als Krankheitszeichen erkannt werden. Erst langsam entwickelt sich der volle Symptomkomplex, daher werden viele Patienten oft spät einer effektiven antidepressiven Therapie zugeführt. Bei über 75 Prozent der Patienten bleibt es nicht bei dieser einen Episode, es kommt zu wiederholten Krankheitsphasen (Rezidiven). Auch wenn die Mehrzahl der Patienten zwischen den Episoden völlig gesund ist, kann bei etwa 15 Prozent die Erkrankung einen eher chronischen Verlauf nehmen. Die einzelnen Episoden sind dann weniger deutlich voneinander getrennt, eine gewisse Neigung zu depressiven Verstimmungen mit Leistungseinbußen bleibt kontinuierlich bestehen.

Zu den Risiken der Depression gehört die Suizidalität, denn etwa 40 bis 80 Prozent der Patienten haben Selbstmordgedanken, die von gelegentlichen Gedankenspielen («Vielleicht wäre es besser, ich würde gar nicht mehr aufwachen») bis zu ausgedehnten Todeswünschen reichen. Entwickelt sich ein präsuizidales Syndrom, in dem Todeswünsche das Denken dominieren oder konkrete Selbstmordphantasien auftreten, ist der Patient akut gefährdet. Etwa 15 Prozent der depressiven Patienten versterben an Selbsttötung.⁴

Wie diagnostiziert man eine Depression?

Es ist sicherlich nicht immer ganz einfach, die Diagnose Depression zu stellen. Zumindest zu Beginn sind die Symptome eher unspezifisch, eine gewisse Lust- und Antriebslosigkeit sind zu beobachten, was sehr viele Ursachen haben kann und keineswegs immer einen Krankheitswert haben muss. Auch Schlaflosigkeit und Appetitverminderung sind nur allzu bekannte Zeichen vieler Faktoren wie Überlastung im Beruf, Probleme mit dem Partner oder sind einfach auch durch hormonelle Störungen, vor allem im Alter, bedingt. Es liegt fast auf der Hand, dass man erst einmal abwarten sollte. Vielleicht bessern sich die Symptome wieder oder lassen sich doch mit einer körperlichen Erkrankung in Verbindung bringen.

Heute haben wir spezielle Diagnosekriterien zur Verfügung (zum Beispiel die International Classification of Diseases, abgekürzt ICD), die es uns erlauben, mehr oder weniger anhand eines Fragenkataloges zu einer Diagnose zu kommen. Nach diesen Kriterien müssen für die Diagnose einer Depression einige Hauptsymptome und Zusatzsymptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorhanden sein. Zu den Hauptsymptomen gehören die depressive Verstimmung, Verlust von Interesse und Freude sowie verminderter Antrieb, Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung. Unter den Zusatzsymptomen finden wir vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühl der Wertlosigkeit, pessimistische Zusatzperspektive und Selbstmordgedanken. Einige weitere Symptome, darunter auch somatische Störungen, können die Diagnose zwar noch bekräftigen, sind aber nicht unerlässlich.

Die traditionelle Diagnostik unterscheidet hauptsächlich zwischen endogenen und neurotischen/psychoreaktiven Depressionen. Nach dieser Einteilung sollten den endogenen Formen Veränderungen im Stoffwechsel des Gehirns zugrunde liegen, also «vom Organismus selbst» verursacht sein. Im Gegensatz dazu wurden die neurotischen/psychoreaktiven Formen überwiegend als «von außen» beeinflusst eingestuft und infolgedessen als Reaktionen auf eine gestörte Beziehung mit der Umwelt und «verdrängten» seelischen Konflikten gesehen. Obwohl diese beiden Begriffe auch heute gelegentlich weiter verwendet werden, haben die neuen Diagnosesysteme diese Klassifikation verlassen. Die Depression ist in jedem Falle eine Erkrankung des Gehirns, und wir beurteilen heute nur noch die Symptome und den Schweregrad der Erkrankung sowie die Zeitkriterien, die zur Diagnose einer schweren Depression (Major Depression) erforderlich sind. Im Gegensatz dazu ist die dysthyme Störung (früher neurotische Depression) definiert durch eine chronisch depressive Verstimmung geringerer Ausprägung, die über mindestens zwei Jahre mehr als die Hälfte der Zeit anhält. Zwar klagt der Betroffene über Müdigkeit, Unzulänglichkeit, Anstrengung, Schlafstörungen und den Verlust der Genussfähigkeit, er ist aber in der Regel fähig, mit dem Alltag zurechtzukommen.