

## Seelisch Kranke unter uns

### Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat jeder Vierte seelische Probleme, die einer Abklärung und Behandlung bedürfen. Die Internet-Serie *Seelisch Kranke unter uns* aus dem psychiatrischen Alltag will in kurzen Berichten über die wichtigsten Krankheitsbilder, Symptome, psychischen Belastungen und ihre Folgen informieren.

Wenn Sie Interesse haben, nutzen Sie auch die Internet-Serie *Psychiatrie heute* mit einem ausführlicheren Informations- und Weiterbildungsangebot über psychische Störungen.

### DIE ENDOGENE DEPRESSION

#### Von der Melancholia bis zur affektiven Psychose – der „klassische“ Typ der Depression

Depression ist nicht gleich Depression. Früher unterschied man beispielsweise in reaktive, neurotische, körperlich begründbare und Erschöpfungs-Depressionen. Und der Kern, gleichsam der „klassische Typ“ der Depressionen war die endogene Depression, eine vor allem biologisch begründbare Schwermut mit charakteristischem Krankheitsverlauf und gewissen Symptom-Schwerpunkten.

Die neuen Klassifikationen (Weltgesundheitsorganisation – WHO, Amerikanische Psychiatrische Vereinigung – APA) haben inzwischen neue Klassifikationen eingeführt, bei denen die alten Depressions-Unterteilungen in dieser Form nicht mehr vorkommen. Deshalb ist die Diagnose der beispielsweise „endogenen Depression“ praktisch verschwunden.

Da sich aber viele Betroffene und ihre Angehörige früher damit konfrontiert sahen und auch heute immer wieder danach gefragt wird, nachfolgend eine kurzgefasste Übersicht über die endogenen Depressionen.

Depressionen nehmen zu. Doch Depression ist nicht gleich Depression, auch wenn diese Gemütsstörungen zu den häufigsten Krankheiten überhaupt gehören und noch immer als die gefürchtetsten aller seelischen Leiden gelten – und durch ihre Selbsttötungsneigung wohl auch die gefährlichsten sind.

Zum einen muss man die verschiedenen Gemütszustände auseinander halten: So sind **Verstimmungszustände** lediglich Befindlichkeitsstörungen im Alltag, unangenehm zwar und für die Betroffenen durchaus nicht selten, aber sie sind nicht krankhaft. Und auch die **Trauer** ist eine natürliche Reaktion aufgrund eines belastenden Ereignisses (siehe das entsprechende Kapitel).

Die **Depression** dagegen ist eine Krankheit, eine Gemütskrankheit, die man zudem noch unterteilen kann. Doch diese Differenzierung wurde – so praktisch und einprägsam sie auch war –, aus der wissenschaftlichen und schließlich klinischen Unterteilung herausgenommen. Jetzt gibt es neue Klassifikationen und sogar neue Begriffe, je nach tonangebender Institution. Das sind zum einen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10* und zum anderen die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen - DSM-IV*.

Warum erwähnen wir das – interessiert es doch bestenfalls die beteiligten Ärzte und Psychologen aus Klinik, Praxis und Forschung? Doch es interessiert noch mehr oder treffender: es verwirrt noch mehr Menschen, nämlich Betroffene, Angehörige, ja Fachleute. Denn plötzlich fällt einiges weg, was früher Alltag auf der einen und fachliche Einstufung auf der anderen Seite war.

## **Einteilung der Depressionen – früher und heute**

Früher unterschied man nämlich in psychogene (rein seelisch ausgelöste) Depressionen wie reaktive, neurotische und Erschöpfungs-Depression sowie somatogene (körperlich begründbare) Depressionen, zu seiner Zeit noch unterteilbar in organische und symptomatische Depression (z. B. wenn das körperliche Leiden das Gehirn direkt bzw. indirekt beeinträchtigte).

Und der Kern, gleichsam der „klassische Typ“ der Depressionen, von der Melancholia der Antike bis ins 20. Jahrhundert, das waren die sogenannten **endogenen Depressionen**, eine vor allem biologisch begründbare Schwermut mit einem charakteristischen Krankheitsverlauf, bestimmten Mit-Ursachen und einem mehr oder weniger typischen Symptom-Schwerpunkt.

Ist das jetzt alles plötzlich nicht mehr wahr? Hat man sich früher nur getäuscht? Weiß man es jetzt besser? Waren alle wissenschaftlichen Untersuchungen und Erkenntnisse umsonst, wenn man jetzt die neuen (modernen) Klassifikationen bevorzugt, die beispielsweise die WHO heute als depressive Episode, rezidivierende, anhaltende oder bipolare affektive Störungen bzw. die US-Psychiater als Major Depression, Dysthyme oder Bipolare Störungen u. a. bezeichnen?

Eine weltweite Vereinheitlichung (von der wir aber noch immer ein gutes Stück entfernt sind) ist für Wissenschaft, Diagnose und Therapie sicher sinnvoll, auch wenn die Folgen erst einmal mit Verunsicherung und Irrtümern zu bezahlen sind, wie bei allen anderen Umstellungen auch. Schwierig wird es aber vor allem für Nicht-Fachleute, für Betroffene und Angehörige, Freunde und Kollegen, die sich – mühsam genug – auf ein Krankheitsbild eingestellt haben, das es plötzlich in dieser Form nicht mehr geben soll – aus klassifikatorischen Gründen.

Nachfolgend deshalb für diejenigen, die wissen wollen, was die frühere **endogene Depression** bedeutete, eine entsprechende Kurzfassung dieses seelischen Leidens:

### **Woher kommt der Begriff *endogen*?**

**Endogen** heißt einfach „von innen, aus dem Organismus heraus“, aber ohne bisher erkennbare bzw. nachweisbare körperliche Ursachen. Hier spielen offensichtlich erbliche und konstitutionelle Faktoren eine wichtige Rolle. Das Gegenstück dazu heißt *exogen*: „Entstehung von außerhalb“.

- Eine **endogene Psychose (Geisteskrankheit)** ist also eine eher biologisch bestimmte Erkrankung wie die endogene Depression und ihr Gegenstück, die endogene Manie (krankhafte Hochstimmung) bzw. andere endogene Psychosen wie die Schizophrenien.
- Eine **exogene Psychose** dagegen ist eine körperlich begründbare Geisteskrankheit, die auf einen krankhaften körperlichen Zustand zurückgeht, z. B. Kopfunfall, Stoffwechselstörung, Vergiftung u. a.

### **Was charakterisierte die endogene Depression?**

Folgende **Merkmale** wurden früher als charakteristisch (wenngleich nicht zwingend notwendig) für eine endogene Depression bezeichnet:

- Erbliche Belastung (was auch einmal eine Generation oder mehr überspringen kann),
- Schlafstörungen (vor allem Früherwachen mit „Berg auf der Brust“ und Panik vor dem kommenden Tag),
- Stimmungstief am Morgen mit abendlicher Aufhellung („Morgengrauen“),
- hypochondrische Wahnideen, z. B. nicht nur krank, sondern wahrscheinlich unheilbar krank zu sein, aber auch Verarmungs- und Versündigungswahn, Neigung zu Selbstbeschuldigungen, ja selbstzerstörerischem Verhalten (Selbsttötungsgefahr),
- häufig auch Gewichtsverlust (mehrere Kilogramm),
- seelisch-körperliche Hemmungs- oder Erregungszustände (Fachbegriffe: depressive Stupor oder agitierte Depression),
- Kraftlosigkeit mit Leistungseinbruch,
- Interesselosigkeit,
- sexuelle Gleichgültigkeit,
- geistige Einbußen, vor allem Merk- und Konzentrationsstörungen bis hin zur Leere im Kopf,
- massives Schuldgefühle („ich bin nichts, ich kann nichts, man mag mich nicht und Schuld bin ich auch noch an allem selber“) u. a.

Typisch für eine endogene Depression nach früherer Klassifikation sind auch eine mitunter plötzlich unmotiviert Stimmungsaufhellung und nicht selten seelische, körperliche oder psychosozial begründbare Krankheitsauslöser (wenngleich nicht eigentliche Ursachen, wie von den Betroffenen und ihren Angehörigen oft irrtümlich angenommen wird).

### **Das Beschwerdebild der endogenen Depression**

Das **Leidensbild** der endogenen Depression gehört zum vielfältigsten und quälendsten, was einem von einer seelischen und sogar körperlichen Krankheit angetan werden kann. Nachfolgend einige Symptome in Stichworten, unterteilt nach seelisch, körperlich (zumeist aber psychosomatisch interpretierbar, d. h. ohne objektivierbaren Grund) und bezüglich psychosozialer Konsequenzen:

- **Seelische Symptome:** traurige Verstimmung bzw. Herabgestimmtheit (nicht zwingend, es gibt auch maskierte, ja lächelnde Depressionen), Freudlosigkeit (wichtiges Kennzeichen), Genussunfähigkeit, Interesselosigkeit, Energielosigkeit, meist als Tagesmüdigkeit, unerklärliche Dauer-Mattigkeit oder gar Kraftlosigkeit bis hin zum Schwäche- bzw. Elendigkeitsgefühl. Manchmal „innerlich wie tot“, manchmal aber auch innerlich unruhig, nervös und gespannt. Dazu mutlos, voller Angstzustände und Minderwertigkeitsgefühle, überempfindlich, reizbar, ja aggressiv (es gibt auch eine „feindselige Depression“, besonders im höheren Lebensalter), mit Merk- und Konzentrationsstörungen und schwerer Vergesslichkeit (verhängnisvolle Fehl-Interpretation im höheren Lebensalter: Demenz, d. h. einen Altersschwachsinn, aus dem man nie mehr herauskommt, d. h. ein durchaus selbsttötungsgefährlicher Irrtum). Dazu ständiges Gedankenkreisen oder Problem-Grübeln, entscheidungsunfähig, voller Schuldgefühle und Beziehungsstörungen („wie hinter einer Glaswand oder unter einer Glasglocke, man kommt nicht heraus und niemand kommt mehr an einen heran“), ggf. sogar Wahnideen (siehe oben).
- **Körperliche Symptome:** Schlaf- und Appetitstörungen, Gewichtsverlust, vielfältige Magen-Darm-Beschwerden, Kopfdruck, Blasenstörungen, Atemenge, Herz- und Kreislaufstörungen, Kloß im Hals, schwer abgrenzbare und mitunter wandernde Beschwerden im Bereich von Muskulatur, Wirbelsäule und Gelenken, Mundtrockenheit, versiegende Tränensekretion (viele Depressive können gar nicht mehr weinen, weil sie keine Tränenflüssigkeit mehr produzieren, daher die glanzlosen und wie „tot“ erscheinenden Augen), dazu Hitzewallungen, Kälteschauer, Libido- und Potenzstörungen, Beeinträchtigung von Stimme (leise, monoton), Haltung und Bewegung (gebogt, kraftlos, schleppender Schritt) u. a.
- **Psychosoziale Konsequenzen:** Rückgang zwischenmenschlicher Kontakte, Isolationsneigung, unerklärliche Probleme mit Partner, Kindern, Vorgesetzten, vor allem durch „innerliches Erkalten und Leistungsabfall und damit Gefahr von Versetzung, Herabstufung, Arbeitsplatzverlust u. a.

### **Wen treffen endogene Depressionen am häufigsten?**

Der **Ausbruch** im Kindes- und Jugendalter ist zwar selten, aber nicht auszuschließen und wird dann in der Regel lange verkannt, da das Beschwerdebild von den gängigen Symptomen der Erwachsenen meist abweicht. Mitunter findet sich eine erste Phase zwischen Pubertät und zweitem bzw. drittem Lebensjahrzehnt, häufig jedoch nicht als Depression erkannt bzw. mit nachvollziehbaren seelischen, körperlichen oder psychosozialen Auslösern erklärt.

**Frauen** trifft es vor allem im dritten Lebensjahrzehnt und während der Wechseljahre, **Männer** häufig im fünften und sechsten Lebensjahrzehnt. Das weibliche Geschlecht überwiegt im Verhältnis 2(3) : 1. Wechseln sich depressive und manische Phasen ab, handelt es sich also um eine früher als manisch-depressive Erkrankung bezeichnete seelische Störung, ist dieser Unterschied weniger ausgeprägt.

### **Was liegt einer endogene Depression zugrunde?**

Wenn eine endogene Depression als „von innen kommend“, also aus dem Organismus heraus definiert wird, dann muss es sich um ein **biologisches Geschehen** handeln, das für die seelischen, körperlichen und psychosozialen Symptome verantwortlich ist. Man sagt deshalb auch: Endogene Depressionen sind vorwiegend erblich bedingte, biologisch fundierte Erkrankungen, auch wenn die wahrscheinlich vielschichtigen biologischen Ursachen noch nicht völlig aufgeklärt und vor allem gesichert sind. Am häufigsten diskutiert man eine „Stoffwechselstörung im Gehirn“, d. h. ein Defizit bestimmter Botenstoffe (Fachausdruck: Neurotransmitter wie Serotonin, Noradrenalin, Dopamin u. a.). Deshalb sprechen diese Art von Depressionen auch besonders gut auf bestimmte Antidepressiva (Psychopharmaka mit stimmungsaufhellender Wirkung) an, die ein solches Botenstoff-Defizit beheben.

### **Wie lange dauern depressive Phasen?**

Endogene Depressionen pflegen **phasisch** zu verlaufen, d. h. **in Episoden**, die zwischen wenigen Tagen und einem Jahr und mehr variieren. Die durchschnittliche Phasenlänge liegt zwischen drei und zwölf, am häufigsten zwischen drei und sieben Monaten. Lange Phasen finden sich eher bei sogenannten Spät- oder Involutionsdepressionen im Rückbildungsalter. Es gibt aber auch kurzphasische Verläufe von wenigen Tagen oder gar Stunden Dauer, oft mit rascher Wiederholung (Fachausdruck: rapid cycler oder „schnelle Phasenwechsler“).

Die Zahl der Phasen zeigt große Unterschiede von einmaliger bis zahlreichen phasischen Erkrankungen, bisweilen mehrfach pro Jahr (nicht selten jahreszeitlich gebunden: Frühjahr, Herbst, aber auch Spätherbst/Winter, wenn sich eine sogenannte Lichtmangel- oder Winterdepression auf phasische depressive Phasen gleichsam aufpfropft).

### **Wie verläuft eine endogene Depression?**

Bei den affektiven oder Gemütsstörungen im Sinne der früher so genannten endogenen Depressionen finden sich folgende **Verlaufsformen** in abnehmender Häufigkeit:

Am ehesten mehrere depressive Phasen ohne manisches, also krankhaft hochgestimmtes Zustandsbild. So etwas nannte man früher eine periodische oder monopolare Depression. An zweiter Stelle eine einmalige depressive Phase (früherer Fachausdruck: monophasische Depression). Danach variabel abwechselnde manische (also krankhaft hochgestimmte) und depressive Phasen, als manisch-depressive Erkrankung oder früher als Zykllothymie bezeichnet.

### **Können auch äußere Belastungen eine endogen-depressive oder manische Phase auslösen?**

Tatsächlich kommt es nicht selten vor, dass **äußere Belastungen** eine depressive (und auch manische) Phase auslösen können. Wie häufig, ist umstritten (jeder fünfte Fall?). Am Anfang eher von außen „ausgeklinkt“, später mehr „von innen“ ausbrechend? Frauen scheinen eher auf partnerschaftliche und familiäre, Männer mehr auf berufliche Probleme und Besitzverlust zu reagieren.

- An **psychischen/psychosozialen Beispielen** finden sich vor allem der Verlust entscheidender Bezugspersonen, Störungen der familiären oder häuslichen Sphäre durch Erkrankung, Tod oder Trennung von Angehörigen (selbst Wegzug der Kinder), häusliche Differenzen und Belastungen, z. B. Konflikte mit Hausbewohnern, vor allem im höheren Lebensalter, aber auch stress-intensiver Hausbau, besonders neben den beruflichen Belastungen. Ferner Änderungen am Arbeitsplatz, berufliche Zurücksetzung oder Übergehung, aber auch Beförderung, plötzliche Entlastung nach länger dauern-dem seelisch-körperlichem Stress, schwer zu integrierende Rollenverpflichtungen, sexuelle Probleme, Bedrohung des sozialen Prestiges (Arbeitsplatz, Finanzen), chronische Belastungen und langdauernde gemütsmäßige Spannungen, die man nicht nach „objektiven“, sondern nach den jeweiligen individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten bewerten muss (vor allem in jungen Jahren und im höheren Lebensalter) u. a. m.
- Beispiele für **körperliche Auslöser** sind Abmagerungskuren mit und ohne Appetitzügler, Schädel-Hirn-Traumata (selbst leichtere Unfälle, nicht selten mit einer Art zeitlichen Phasenverzögerung), Frakturen und Verletzungen anderer Art und Erkrankungen wie Grippe, Lungenentzündung, Leberentzündung, Blutpfropfbildung u. a.
- Nicht nur in den ersten, sondern auch späteren Phasen muss man auch auf Zeiten erhöhter Erkrankungsneigung achten wie sie insbesondere „**biologi-**

**sche Krisenzeiten“** und **„Engpässe des Lebens“** darstellen: Dazu gehören Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Wechseljahre, ja sogar Lehr-, Studien- und Militärzeit, Menopause, Pensionierung/Berentung, Rückbildungsalter u. a.

### **Gibt es eine persönlichkeitspezifische Disposition zur endogenen Depression?**

**Persönlichkeitsspezifische Aspekte** sind – letztlich wie bei allen anderen Depressionsformen auch – durchaus erkennbar, in einer Reihe von entsprechenden Untersuchungen immer wieder aufgeführt, jedoch keine obligatorischen Voraussetzungen und zudem mit unterschiedlichen Schwerpunkten versehen.

Durchaus auffallend ist ein Hang zu Pflichtbewusstsein, Gewissenhaftigkeit, (Über-)Korrektheit, Pünktlichkeit, Ordentlichkeit, fast Pedanterie und Zwanghaftigkeit. Im Arbeitsleben dominieren Fleiß, Solidität und Einsatzwille.

Zwischenmenschlich sind Patienten mit immer wiederkehrenden endogenen Depressionen durchaus freundlich, warmherzig, mitfühlend und zugewandt, wobei es gelegentlich aber auch unerklärliche und unangemessene Episoden von Reizbarkeit, Aggressivität und Feindseligkeit geben kann.

Bisweilen finden sich auch zaghafte, grüblerische, empfindsam-launische, genierliche und avitale (schwunglose) Charaktere. Im Allgemeinen aber wirken diese Menschen zwischenmenschlich ausgleichend und stets um eine positive Atmosphäre bemüht.

Aber – wie erwähnt – das sind (zumeist durchaus positive) Charaktereigenschaften, die auch sonst nicht selten und deshalb auch nicht unbedingt an eine endogene Depressionsbereitschaft gebunden sind. Man registriert sie nur sozusagen gehäuft bei diesen Patienten, ohne daran jetzt entsprechende Schlussfolgerungen knüpfen zu können.

### **Wie behandelt man eine endogene Depression?**

Die Therapie einer endogenen Depression hat zwar vor allem eine medikamentöse Grundlage, ist aber im Rahmen eines Gesamt-Behandlungsplans am erfolgreichsten. Das heißt Psychotherapie (Behandlung mit psychologischen Mitteln), Soziotherapie (Hilfen und Korrekturen im Alltag), stärkende Maßnahmen generell (vor allem körperliche Aktivität, d. h. ein täglicher „Gesundmarsch bei Tageslicht“, da nachweisbar stimmungsaufhellend und



angstlösend), sowie die in diesem Fall unerlässliche Pharmakotherapie mit Psychopharmaka, konkret: Antidepressiva.

Einzelheiten dazu siehe die spezielle 3-teilige Serie über *Depressionen*.

Gerade für die endogenen, d. h. häufig immer wieder drohenden Depressionen (heutiger Fachausdruck: rezidivierende depressive Störungen) gibt es noch sogenannte rückfallverhütende Arzneimittel. Das sind Substanzen (Fachbegriff: Phasenprophylaktika, Rezidivprophylaktika), die – wie der Name schon sagt – das erneute Auftreten einer Depression verhüten sollen. Dies gilt nicht nur für die depressive Herabgestimmtheit, sondern auch für die krankhafte Hochstimmung, die Manie, also das Gegenstück der Depression. Derzeit sind es vor allem drei Substanzgruppen, die hier erfolgreich eingesetzt werden (Lithiumsalze, Carbamazepin sowie Valproinsäure).

## **Ausblick**

Depressionen gelten als die gefürchtetsten aller seelischen Krankheiten. Doch sie müssen heute kein unabänderliches Schicksal mehr sein. Die modernen Behandlungsmöglichkeiten durch Psychotherapie, antidepressive Arzneimittel, soziotherapeutische Hilfen und eine Vielzahl weiterer Therapiemaßnahmen ermöglicht inzwischen einen hoffnungsvollen Heilungsverlauf.

Das setzt allerdings das rechtzeitige Daran-Denken bzw. Erkennen voraus. Dies vor allem bei der besonders schweren Form der Depression, der endogenen Depression, wie man diese Krankheit früher nannte. Doch auch hier sind die Genesungsaussichten gut, besser denn je – vorausgesetzt man nutzt rechtzeitig und konsequent die heute verfügbaren Möglichkeiten (Prof. Dr. med. Volker Faust).

Weitere Informationen siehe die Internet-Serie *Psychiatrie heute*

<http://www.volker-faust.de/psychiatrie>