

Depression bei MS

Eine Begegnung mit der schwarzen Dame

C.G. Jung hat die Depression einmal als schwarze Dame bezeichnet und empfohlen, sie hereinzubitten, wenn sie an die Tür klopft. Woher kommt diese schwarze Dame, wie erkenne ich sie als solche und wie gehe ich mit ihr um? Was ist insbesondere zu beachten, wenn darüber hinaus eine MS-Erkrankung vorliegt? Zunächst zum ersten Punkt: Woher kommt die Depression? Die Entstehung von Depression ist sehr komplex, von vielen Wirkfaktoren abhängig, die schließlich auch in Wechselwirkungsprozessen miteinander agieren können. Für meine therapeutische Praxis hat es sich bewährt drei große Ursachenkomplexe zu unterscheiden, die ich als Verlusterfahrungen, Überlastung und Leiden an Sinnlosigkeit benenne.

Die genannten Ursachenkomplexe sind nicht immer eindeutig voneinander zu trennen und oft genug miteinander verknüpft. Im Hinblick auf MS liegt das nahe: MS-Betroffene leiden oft unter Verlusterfahrungen, Einschränkungen können zu fortgesetzter Überlastung führen und schließlich ist der MS-Betroffene ganz anders und nicht selten mit grundsätzlichen Sinn-Fragen konfrontiert. Es nimmt dann nicht Wunder, dass das Risiko für MS-Betroffenen an Depression zu erkranken, doppelt so hoch ist.

Darüber hinaus gibt es auch eine physiologische Basis der depressiven Erkrankung. Den veränderten Hirnstoffwechsel grundsätzlich als Ursache für Depression zu betrachten, halte ich allerdings für problematisch. Vielmehr korrelieren und interagieren physiologische und psychische Prozesse miteinander, insofern der Mensch ja auch als eine leib-seelische Einheit zu betrachten ist. Bei MS jedoch ist tatsächlich zu berücksichtigen, dass die Entmarkungsherde im Gehirn zu Kommunikationsproblemen zwischen bestimmten Nervenzellen führen können und damit eine depressive Entwicklung bereits von physiologischer Seite her begünstigt wird. Und schließlich ist auch zu bedenken, dass Medikamente in der MS-Behandlung als Nebenwirkung eine Depression auslösen können. Unabhängig von solchen spezifischen Überlegungen darf aber auch nicht übersehen werden, dass das Risiko an Depression zu erkranken mit fast 25%, auf die Lebenszeit bezogen, grundsätzlich schon sehr hoch ist.

Verlusterfahrungen, Überlastung und Sinnkrisen treten auch unabhängig von MS auf.

Wie erkenne ich nun eine Depression? Die Depression selbst hat viele Gesichter und lässt sich schon unabhängig von einer MS-Erkrankung nicht immer leicht diagnostizieren. Die Abgrenzung zu dem, was noch als normale Verstimmung bezeichnet werden darf, ist künstlich und fließend und bemisst sich nach Schweregrad und Dauer. Die Kriterien entsprechend dem internationalen Diagnoseschlüssel (ICD-10), müssen mindestens zwei Wochen vorliegen und betreffen im

Verlusterfahrungen, Überlastung und Leiden an Sinnlosigkeit

Wesentlichen Stimmung, Antrieb, Aktivität, Interesse, Konzentration und Schlaf. Kennzeichnend ist auch ein negativ geprägtes Denken, das vor allem in Selbstwertproblemen und Schuldgefühlen seinen Ausdruck findet. Es müssen aber nicht alle genannten Aspekte vorliegen und es können andere hinzukommen, die das Gesamtbild eines „niedergedrückten“ (lat. deprimere: niederdrücken) Organismus bestimmen. Problematisch im Zusammenhang mit einer MS-Erkrankung ist, dass viele Krankheitsmerkmale der MS mit typischen Symptomen einer Depression einhergehen. Schlafstörungen, kognitive Störungen und Erschöpfung kennzeichnen auch eine depressive Entwicklung, sexuelle Funktionsstörungen bei MS können zu Libidoverlust führen, der gleichfalls häufig das depressive Geschehen kennzeichnet.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich folgende Problematik: Zum einen kann eine depressive Entwicklung leicht übersehen werden, da die wesentlichen Kriterien einer Depression primär einer handfesten neurologischen Erkrankung zugeschrieben werden. Das kann fatale Folgen haben. Nicht nur, dass Leid unnötig verlängert wird, auch die Suizidgefährdung steigt erheblich. Zum anderen aber kann es passieren, dass, legt man einmal einen typischen Fragebogen

zur Diagnostik bei Depressionen zu Grunde, bereits aufgrund typischer Symptome bei MS eine depressive Entwicklung diagnostiziert wird. Ein MS-Kranker wird dann noch zusätzlich psychisch pathologisiert. Ein unterscheidendes Kriterium kann sein, dass Depression in der Regel als abgrenzbare Episode, häufig rezidivierend, in Erscheinung tritt, so dass zu klären ist, inwieweit unabhängig von der Symptomatik der MS, unabhängig auch von einem Schub, eine solche depressive Episode auftritt. Die von Depression Betroffenen können in der Regel unterscheiden, dass es sich in der Depression anders anfühlt als ohne Depression. Im Zusammenhang mit der Diagnose ist schließlich noch zu berücksichtigen, dass MS häufig auch mit dem Chronischen Fatigue Syndrom (CFS) einhergeht und auch dieses wiederum häufig als Depression fehlinterpretiert wird. Diese Unterscheidung wiederum ist aber auch für die Behandlungsplanung essentiell.

Damit sind wir bei der Frage, was zu tun ist. Irving Kirsch (The Emperor's New Drugs, 2009) konnte in seinen Metaanalysen sämtlicher Untersuchungen zur Behandlung von Depressionen feststellen, dass es hochwirksame Behandlungsansätze gibt. Antidepressiva, Sport, Akupunktur und Psychotherapie sind in ihrer Wirksamkeit als in etwa gleichhoch zu bewerten. Allerdings konnte der Wissenschaftler auch feststellen, dass Antidepressiva, unabhängig von der Schwere einer Depression, nicht signifikant wirksamer sind als die „Behandlung“ mit Placebo. Berücksichtigt man Nebenwirkungen, den Aspekt der Selbstwirksamkeit (Psychotherapie mittelfristig als Hilfe zur Selbsthilfe) und den Wunsch der Patienten selbst, dann ist die Psychotherapie Mittel der Wahl. Zentrale Bestandteile einer Psychotherapie bei Depressionen sind Aufbau von angenehmen, sozialen und sportlichen Aktivitäten sowie die Veränderung einer vor allem negativ und pessimistisch geprägten Denkweise. Allgemein gilt,

dass Betroffene nur langsam und in kleinen Schritten aus der Depression herauskommen. Es gilt das zu tun, was noch geht, aber auch, sich nicht an dem zu orientieren, was im Augenblick noch nicht geht, das heißt den angemessenen Weg zwischen Unterforderung und Überforderung zu finden, der sich dann auch noch im Verlauf der Entwicklung verändert. Letzteres ist vor allem für MS-Betroffene bedeutsam und das erst recht, wenn noch das CFS hinzukommt. Die durch die MS- und gegebenenfalls auch CFS-Symptomatik gesetzten Grenzen müssen unbedingt berücksichtigt werden, der geplante Aktivitätsaufbau könnte sich sonst sogar als kontraproduktiv erweisen. Um den geeigneten und individuellen Weg zu finden, ist das psychotherapeutische Gespräch hilfreich. Aber auch ein gutes soziales Netzwerk oder eine Selbsthilfegruppe für MS-Betroffene können bereits bei der Bewältigung von Depression hilfreich sein. Viele von Depression Betroffene berichten später sogar, dass Ihnen die Depression geholfen habe, bewusster zu leben. In diesem Zusammenhang fällt auch auf, dass vieles von dem, was in den letzten Jahren von Forschung und Ratgeber-Literatur zu den Bereichen Glück und Lebenszufriedenheit beigetragen wurde, sich eins zu eins auf die Behandlung von Depressionen übertragen lässt. Es könnte sich also lohnen, hinzuhören, was die schwarze Dame zu erzählen hat. Und sehr wahrscheinlich können in diesem Zusammenhang Ressourcen und Kompetenzen entwickelt werden, die sich auch bei der Bewältigung einer MS-Erkrankung als wertvoll erweisen.

Marko Bartholomäus

Zur Person:

Dipl. Psych., Marko Bartholomäus, hat neben dem Studium der Psychologie auch ein Studium der Philosophie abgeschlossen und arbeitet als Psychologischer Psychotherapeut in einer eigenen Praxis in Trier. Zu seinen Klienten gehören auch mehrere MS-Betroffene. Er hat eine Vielzahl von Weiterbildungen absolviert und hält immer wieder selbst Vorträge.