

KRANKHEITSBILDER NEURO MODUL MED-NEU

Q-Fitness Academy

Inh. Win Silvester, Saarbrückener Str. 66, 53117 Bonn
Tel.: 0228 – 645052, info@q-fitness.de

Stand: 01.2016

Verfasser: Win Silvester

Fotos: Creative Commons

Layout: Alexander Ockel

Seien Sie vorsichtig mit Gesundheitsbüchern –

Sie könnten an einem Druckfehler sterben.

(Mark Twain)

Hinweis:

Die Aussagen, Hinweise und Ratschläge in diesem Manual sind sorgfältig erarbeitet worden, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr. Eine Haftung der Verfasser für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die aus den im Manual gemachten Hinweisen und Ratschlägen resultieren, ist ausgeschlossen.

1. BURNOUT-SYNDROM	5
1.1. URSACHEN	5
1.2. WARNZEICHEN	5
1.3. DIAGNOSE	6
1.4. KRANKHEITSBILD	6
1.5. THERAPIE	7
1.6. URSACHENERMITTLUNG UND VERMEIDUNG	7
1.7. VORSORGE	7
2. DEPRESSION	9
2.1. DEFINITION NACH ICD-10	9
2.2. SYNDROMALE KLASSIFIKATION	10
2.3. SUBTYPISIERUNG: SOMATISCHES SYNDROM UND PSYCHOTISCHE SYMPTOME	10
2.4. PRÄVALENZ	11
2.5. BEEINTRÄCHTIGUNG DURCH DEPRESSIONEN	13
2.6. URSACHEN UND RISIKOFAKTOREN	13
2.7. KOMORBIDE PSYCHISCHE STÖRUNGEN	15
2.8. KOMORBIDE SOMATISCHE ERKRANKUNGEN	16
2.9. SYMPTOME	17
2.9.1. TEST	18
2.9.2. FRAGEN ZUR SYMPTOMERFASSUNG	19
2.10. VERLAUF	20
2.11. THERAPIE	20
2.11.1. SCHRITTE DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG	22
2.11.2. AUFKLÄRUNG UND MITARBEIT	22
2.11.3. EVIDENZBASIERTE PATIENTENINFORMATION	23
2.11.4. PSYCHOEDUKATION VON PATIENTEN UND ANGEHÖRIGEN	23
2.11.5. PHARMAKOTHERAPIE	23
2.11.6. THERAPIEGRUNDSÄTZE FÜR DIE AKUTBEHANDLUNG	23
2.11.7. TYPISCHE ANTI-DEPRESSIVA:	23
2.11.8. PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANSÄTZE	26
2.11.9. KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE	27
2.11.10. GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE	28
2.11.11. LICHTTHERAPIE	29
2.11.12. KÖRPERLICHES TRAINING	29
2.12. PROTEKTIV-FAKTOREN	30
3. FIBROMYALGIE	31
3.1. DEFINITION FIBROMYALGIE ICD-10	32
3.2. SYMPTOME:	33
3.3. CHARAKTERISTIKA DER VERLAUFSFORMEN	34
3.4. CHECKLIST	35
3.5. URSACHEN	35
3.6. RISIKOINDIKATOREN FÜR FMS	35
3.7. PRÄVALENZ	37
3.8. DIFFERENTIALDIAGNOSEN	37
3.9. FALLBEISPIEL	38
3.10. THERAPIEVERFAHREN	38
3.11. TRAINING	39
3.12. THERAPIEN UND EMPFEHLUNGSGRADE	41

4. MULTIPLE SKLEROSE (MS)	43
4.1. KLASSEFICATION	43
4.2. PRÄVALENZ	44
4.3. URSACHEN	45
4.4. BEINFLUSSENDE FAKTOREN MS	45
4.5. THERAPIE	46
4.5.1. THERAPIE VON ATAXIE UND TREMOR	47
4.5.2. THERAPIE DER FATIGUE	47
4.5.3. THERAPIE KOGNITIVER STÖRUNGEN	48
4.5.4. THERAPIE VON BLASENSTÖRUNGEN	49
4.5.5. THERAPIE DER SEXUELLEN DYSFUNKTION	50
4.6. STUDIEN	51

1. Burnout-Syndrom

"Körperlich und emotional - ausgebrannt und kraftlos. Dieser Zustand wird seit Mitte der 70er Jahre allgemein als Burnout- Syndrom (*engl. to burn out: ausbrennen*) bezeichnet. Häufig handelt es sich um zuvor besonders produktive, leistungsfähige und zielorientierte Menschen.

Medizinisch gesehen ist das Burnout-Syndrom kein eigenständiges Krankheitsbild. Oft überschneiden sich die Krankheitszeichen mit denen einer Depression oder mit denen anderer psychischer Erkrankungen."¹

1.1. Ursachen

Das Risiko, ein Burnout-Syndrom zu entwickeln, den totalen psychischen und körperlichen Erschöpfungszustand, ist besonders hoch, wenn ein Mensch permanent seine Kraftreserven aufbraucht und dem Körper keine Möglichkeit gibt, sich zu erholen. Häufig kommt es dazu, wenn der Betroffene sehr engagiert und ehrgeizig ist und sich ständig selbst unter einen hohen Erfolgsdruck setzt oder sich von seiner Umgebung unter diesen Druck gesetzt fühlt. Als mögliche Risikofaktoren gelten Idealismus, Verantwortungsbewusstsein, Pflichtgefühl und Zuverlässigkeit bis hin zum Perfektionismus – insgesamt also Eigenschaften, die im Berufsleben zunächst durchaus erwünscht sind.

Aber auch äußere Faktoren spielen bei der Entstehung des Burnout-Syndroms eine Rolle: zunehmender Zeit- und Leistungsdruck, wenig individuelle Gestaltungsmöglichkeiten im Job, die Furcht den Arbeitsplatz zu verlieren, schlechte Bezahlung bei hoher Verantwortung, Überforderung und Mobbing. Zudem fehlt den meisten Betroffenen eine ausreichende positive Rückmeldung auf das eigene Engagement oder die Unterstützung durch das private und berufliche Umfeld.

Die Betroffenen reiben sich häufig für andere auf, können irgendwann keine Grenzen mehr zwischen Beruf und Privatleben ziehen und stellen ihre eigenen Bedürfnisse oft hinten an. Diese ständige Anspannung geht an die Reserven, Abschalten in der Freizeit funktioniert nicht (mehr) – der Weg ins Burnout ist ge- ebnet.

1.2. Warnzeichen

Am Beginn einer Burnout-Krise wirken die Betroffenen alles andere als krank. Im Gegenteil: Sie sind aktiv, sprühen vor Ideen und leisten freiwillig Mehrarbeit. Sie vermitteln den Eindruck, unentbehrlich zu sein und eigentlich haben sie nie mehr richtig Zeit. Dabei verleugnen sie immer mehr ihre eigenen Bedürfnisse. Die zwischenmenschlichen Kontakte bleiben auf der Strecke – erst die zu Bekannten und Freunden, später auch die zu engsten Verwandten und Partnern.

¹ Quelle: www.kvberlin.de/patienten/gesundheitsratgeber

Misserfolge und Enttäuschungen werden einfach nicht mehr wahrgenommen, geschweige denn daraus Konsequenzen gezogen.

Das Burnout-Syndrom schleicht sich häufig so langsam in das Leben der Betroffenen ein, dass der Beginn der Erkrankung meist erst rückblickend erkannt wird. Es fängt ganz harmlos damit an, dass man sich über eine Woche lang schlapp fühlt und zu nichts Lust hat, weder zur Arbeit noch zu etwas anderem. Dieser Zustand führt nicht automatisch zum Burnout-Syndrom, er kann aber der Anfang sein. Der Prozess der Erkrankung wird oft von Phasen unterbrochen, in denen es den Betroffenen besser geht. Selten suchen die Erkrankten in diesem Stadium einen Arzt auf.

1.3. Diagnose

Die Anzeichen eines Burnout-Syndroms müssen sorgfältig von einem Arzt abgeklärt werden. Mögliche Ursachen der abnehmenden Leistungsfähigkeit und der anhaltenden Erschöpfung wie Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen oder Krankheiten der inneren Organe (z. B. Schilddrüsenunterfunktion) müssen ausgeschlossen werden.

1.4. Krankheitsbild

Ausprägung und Verlauf des Krankheitsbildes sind individuell verschieden und hängen stark von der Persönlichkeit des Betroffenen und seinem Umfeld ab. Das Burnout-Syndrom verläuft in der Regel in drei Phasen. In der **ersten Phase** wechseln sich Überaktivität und Erschöpfung ab. Kritisch wird es, wenn der Betroffene in seiner Freizeit nicht ausreichend neue Energie tanken kann. In der **zweiten Phase** stumpft er emotional ab und zieht sich immer mehr zurück. In der **dritten Phase** geht schließlich seine Leistung zurück, womit er in einem Teufelskreis angelangt wäre. Durch seine geringere Leistung bekommt er weniger positive Rückmeldungen, was ihn noch mehr resignieren und weniger belastbar werden lässt. Diese Phase endet meistens mit einer Krankmeldung, manchmal aber sogar mit einer Kündigung oder dem Vorruhestand.

Neben einer schweren Abgeschlagenheit, die mindestens mehr als sechs Monate andauert und welche die Aktivität des Erkrankten stark einschränkt, zeigt das Burnout-Syndrom einige unspezifische Symptome. Kopf-, Muskel- und Gliederschmerzen, Durchfall oder Verstopfung, Ohrgeräusche, Schwindelgefühle, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Lustlosigkeit und Reizbarkeit können auftreten. Zudem wirken die Betroffenen häufig unruhig, nervös, pessimistisch, unmotiviert, entscheidungsschwach und wenig selbstbewusst. Die Unfähigkeit sich zu entspannen, eine andauernde Unzufriedenheit sowie die Klage über verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit stehen bei Burnout-Patienten meist im Vordergrund. Ihren körperlichen Beschwerden schenken sie meist weniger Beachtung.

1.5. Therapie

Wegen der Verschiedenartigkeit des Krankheitsbildes kann es keine einheitliche Therapie geben, sie muss sich nach der individuellen Diagnose richten. **In leichten Fällen kann ärztliche Aufklärung in Kombination mit Erholung, Entspannung und körperlichem Training ausreichend sein.**

In der letzten Burnout-Phase, wenn bereits deutliche Krankheitszeichen bestehen, braucht der Patient oft eine Psychotherapie und/oder Medikamente zum besseren Ein- bzw. Durchschlafen oder Antidepressiva, wenn sich bereits Zeichen einer schweren oder mittelschweren Depression eingestellt haben.

1.6. Ursachenermittlung und Vermeidung

- welche psychischen Probleme oder Belastungen haben zum Burnout geführt?

Die Betroffenen sollten zu einer gesunden und geordneten Lebensführung zurückfinden - vor allem was die Faktoren Schlaf, Genussgifte, Erholungsbedarf, Ernährung und körperliche Aktivität betrifft.

Übungen zur Stress- und Konfliktbewältigung sowie das Erlernen eines guten Zeitmanagements können dabei helfen. Auch die Arbeitsplatz-Situation, die häufigste Ursache des Burnout-Syndroms, muss diskutiert werden. Wichtig ist hier eine umfassende Aufklärung der meist komplexen Ursachen, eine intensive Motivationsarbeit und vor allem das Gefühl des Betroffenen, verstanden und angenommen zu werden. Eine Burnout-Therapie ist keine vorübergehende Maßnahme: Ziel dieser Therapie ist es, die Lebensgewohnheiten und Selbsteinschätzung des Betroffenen nachhaltig zu verändern und Bewältigungsstrategien für den Alltag zu vermitteln.

1.7. Vorsorge

Das A und O um einem Burnout-Syndrom vorzubeugen, ist eine gesunde Lebensweise und ein Gleichgewicht zwischen Beruf, Familie und Freizeit. Wer Anzeichen des Ausbrennens bemerkt, sollte zuallererst auf die eigenen Bedürfnisse achten und sich Ruhe gönnen. Hat man das Gefühl, sich nicht mehr selbst erholen zu können, sollte man sich professionelle Unterstützung bei einem Arzt suchen. Anfangs genügen oft schon einige Beratungsgespräche, um wieder zu Kräften zu kommen und ein schwereres Burnout zu verhindern.

Zu einer gesunden Lebensführung gehört ein ausreichendes Maß an erholsamen Schlaf, eine regelmäßige körperliche Aktivität am besten an der frischen Luft (Gartenarbeit, Waldspaziergänge, Fahrrad fahren, Joggen usw.) und eine ausgewogene Ernährung. Genussmittel wie Kaffee sollten nicht übermäßig, Nikotin am besten gar nicht konsumiert werden.

Ganz wichtig sind Hobbys und sonstige Interessen außerhalb des Berufs. Nehmen Sie sich Zeit zur Entspannung und versuchen Sie, sich Ihre Zeit einzuteilen und das eigene Anspruchsdenken zurückzuschrauben.

Zwischenmenschliche Kontakte sollten sorgfältig gepflegt werden, vor allem in Zeiten, in denen man sie nicht zu brauchen scheint. Nur dann kann man in schwierigen Phasen mit dem dringend benötigten Zuspruch rechnen. Sowohl im Beruf als auch im privaten Bereich sollte man grundsätzlich ein zu großes Überengagement vermeiden. Gesünder ist es, seine eigenen Fähigkeiten realistisch einzuschätzen, die eigenen Bedürfnisse mitzuteilen und auch einmal „Nein“ zu sagen.

2. Depression

Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt.

Die Symptome einer Depression führen zu einer **starken Beeinträchtigung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit**

2.1. Definition nach ICD-10

Die Depression gehört in die Kategorie der "affektiven Störungen".

Bei den in dieser diagnostischen Kategorie zusammengefassten Störungsbildern beziehen sich die Hauptsymptome auf eine **Veränderung der Stimmung (Affektivität)** bzw. des allgemeinen Aktivitätsniveaus. Hierbei bilden die „schwere Depression“ und die „Manie“ die beiden Pole des Gesamtspektrums, das von *depressiver Niedergestimmtheit*, verbunden mit *gravierendem Interessenverlust* und *Freudlosigkeit* sowie *erhöhter Ermüdbarkeit* bei der depressiven Episode bis zur *gehobenen, expansiven oder gereizten Stimmung*, verbunden mit erhöhter *Aktivität*, bei der Manie reicht. Zur exakten Klassifikation werden weitere häufige Symptome herangezogen, deren Anzahl und Ausprägung den Schweregrad bestimmt.

Hauptkategorien

Tabelle 9: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10

F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Sonstige affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

2.2. Syndromale Klassifikation

Unipolare depressive Störungen sind nach der Definition in der ICD-10 auf syndromaler Ebene von den **bipolaren Störungen** bzw. den manischen, gemischten oder hypomanen Episoden und der **Zyklothymie** abzugrenzen. Kennzeichnend für unipolare depressive Störungen in diesem Sinne ist, dass bei ihnen keine Phasen gehobener, euphorischer oder gereizter Stimmungslage vorkommen, wie sie für bipolare Störungen – d. h. der Manie, der Hypomanie, der Zyklothymie bzw. in gemischt manisch depressiven Phasen – typisch sind. Monophasische Depressionen zeichnen sich vielmehr durch die Hauptmerkmale **depressive, gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit bzw. Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung aus**

Die ICD-10 trifft für depressive Episoden eine Schweregradunterscheidung von *leichten* (F32.0), *mittelgradigen* (F32.1) und *schweren* (F32.2) *depressiven Episoden*. Der Schweregrad der depressiven Störung richtet sich nach der Anzahl der erfüllten **Haupt- und Zusatzsymptome**

Zusatzsymptome sind nach ICD-10 (siehe dort Kapitel F32):

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit;
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen;
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit;
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven;
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen;
- Schlafstörungen;
- verminderter Appetit.

2.3. Subtypisierung: Somatisches Syndrom und psychotische Symptome

In der ICD-10 kann bei leichten- bzw. mittelgradigen depressiven Episoden auch klassifiziert werden, ob zusätzlich zu den Haupt- und Zusatzsymptomen ein **somatisches Syndrom** vorliegt. Typische Merkmale des somatischen Syndroms sind:

- Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten;
- mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren;

- frühmorgendliches Erwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit;
- Morgentief;
- der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit;
- deutlicher Appetitverlust;
- Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts im vergangenen Monat;
- deutlicher Libidoverlust.

2.4. Prävalenz

Depressionen zählen zu den häufigsten, aber hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung meistunterschätzten Erkrankungen. Die Anzahl neuer Erkrankungsfälle innerhalb eines Jahres, die so genannte **Jahresinzidenz**, liegt bei ein- bis zwei Erkrankungen auf 100 Personen.

Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression (alle Formen) zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), liegt national wie international bei 16-20 %.

Bei ca. einem Fünftel der Patienten, die an depressiven Episoden erkranken, treten auch hypomanische, manische oder gemischte Episoden auf.²

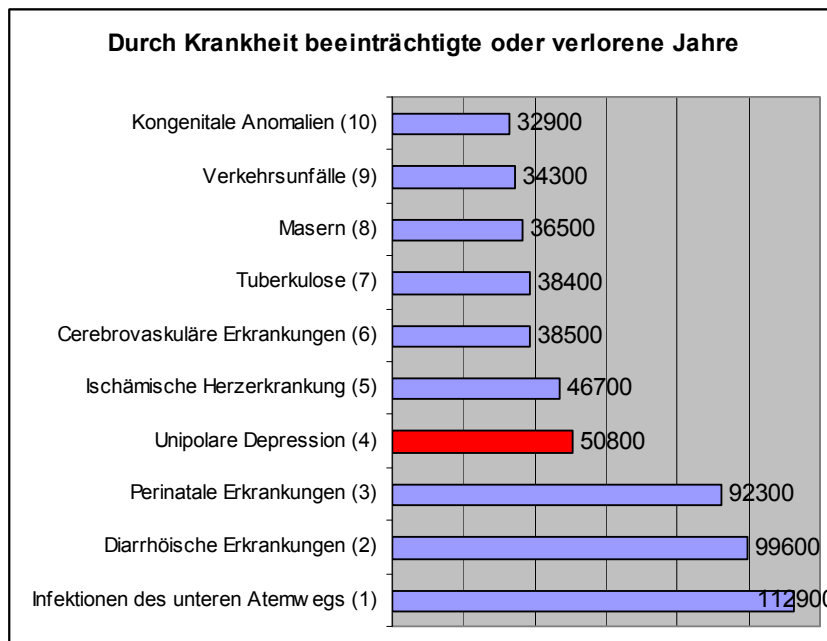
Frauen sind zahlreichen Längs- und Querschnittsstudien zufolge *häufiger* von depressiven Störungen betroffen als Männer. Ihr Erkrankungsrisiko liegt mit einer Lebenszeitprävalenz von 25 % **doppelt so hoch** wie bei Männern mit 12,3 %. **Frauen** weisen zudem einen *signifikant früheren Beginn* einer unipolar depressiven Ersterkrankung, eine *längere Episodendauer* und eine *höhere Rückfallgefahr* für weitere depressive Phasen auf.

² LL, S. 48

Depressionen treten in **jedem Lebensalter** auf. Allgemein sind sowohl der Zeitpunkt der Ersterkrankung als auch der Verlauf der Depression individuell sehr verschieden (siehe Kapitel H 1.4 „Verlauf und Prognose“). Das durchschnittliche Alter bei depressiver Ersterkrankung wurde früher zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr angenommen. Der Bundesgesundheitsurvey liefert jedoch Hinweise, dass in Deutschland 50 % aller Patienten bereits vor ihrem 31. Lebensjahr erstmalig an einer Depression erkranken. Zudem besteht die Tendenz, dass die Erkrankungsraten in jüngeren Altersgruppen zunehmen. Darüber hinaus erkrankt ein beträchtlicher Anteil an Patienten bereits in der Kindheit oder der Adoleszenz an der ersten depressiven Episode. In einer 10- Jahres-Längsschnittstudie konnte ein bedeutsamer Anstieg der an unipolarer Depression erkrankten Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 18 Jahren nachgewiesen werden. Ergebnisse nationaler und internationaler Studien berichten von Prävalenzen zwischen 15-20 % bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mit einem starken Anstieg der Prävalenz in der Pubertät.

Depressive Störungen haben unter den psychischen Störungen eine besonders hohe Bedeutung für die Gesundheitsversorgung. Nach einer WHO-Studie zählen depressive Störungen zu den **wichtigsten Volkskrankheiten** und werden in den nächsten Jahren noch deutlich an Bedeutung zunehmen. Eine Maßeinheit ist hierbei besonders relevant: Der Indikator „Disability-adjusted *Life Years*“ (*DALYs*) erfasst die Summe der Lebensjahre, die durch Behinderung oder vorzeitigen Tod aufgrund einer Erkrankung verloren gehen. Die Zahlen werden dabei aufgrund regionaler epidemiologischer Befunde auf die Weltbevölkerung extrapoliert. Hierbei nahmen unipolare depressive Störungen 1990 den vierten Rang ein, was ihre Bedeutung unter allen weltweiten Erkrankungen auf Lebensbeeinträchtigung und vorzeitigen Tod angeht (vgl. Abbildung 3;). Üstün et al. (2004) sowie Murray und Lopez (1997) gehen davon aus, dass *unipolare Depressionen* bis 2020 unter den das Leben beeinträchtigenden oder verkürzenden Volkskrankheiten nach der koronaren Herzerkrankung die größte Bedeutung haben werden, weil infektiöse Erkrankungen tendenziell abnehmen.

2.5. Beeinträchtigung durch Depressionen



2.6. Ursachen und Risikofaktoren

Depressionen umfassen **kein homogenes Krankheitsbild**. Die Heterogenität der Symptome depressiver Störungen macht es auch unwahrscheinlich, dass ein Faktor allein für die Entstehung einer Depression verantwortlich ist. Daher werden von der Mehrzahl der Experten **multifaktorielle Erklärungskonzepte** angenommen, die von einer **Wechselwirkung aus biologischen und psychosozialen Faktoren** ausgehen. Die Bedeutung der verschiedenen Faktoren kann von Patient zu Patient erheblich variieren. Insofern umfasst der Depressionsbegriff ein **breites Spektrum psychischer Störungen**.³

Nach genetisch epidemiologischen Studien treten depressive Störungen **familiär gehäuft** auf. Angehörige ersten Grades haben ein etwa **50 % höheres Risiko** als die Allgemeinbevölkerung, selbst an einer unipolaren depressiven Störung zu erkranken.

Das Vorliegen einer depressiven Störung bei der Mutter gilt per se als Risikofaktor für die spätere Entwicklung einer depressiven Störung, wobei unklar bleibt, welchen Anteil die genetische und nichtgenetische Transmission bzw. die nichtgenetischen Faktoren hieran haben.

³ LL,S. 54

Tierexperimentelle Forschungsarbeiten zur Depression legen nahe, dass die **Stressreaktion** bzw. **Stressbewältigung** entscheidenden Einfluss auf die an affektiven Störungen beteiligten Neurotransmittersysteme hat. Dabei spielt eine zentrale Rolle, ob die Stressquelle kontrolliert werden kann oder nicht. Sind die Stressoren etwa nach dem **Paradigma erlernter Hilflosigkeit** unkontrollierbar, überfordert dies bei anhaltender oder wiederholter Stressexposition die zentralnervösen Stressadaptationsmöglichkeiten schneller, als wenn eine Kontrolle wahrgenommen wird; die Folge ist depressionsäquivalentes Verhalten.

Besonders schwerer chronischer Stress wurde durch Separationsexperimente induziert, in denen bei jungen Primaten eine frühe Trennung von der Mutter erfolgte. Diese Befunde haben für die Depressionsforschung beim Menschen hohe Relevanz: Depressive Patienten haben in ihrer Kindheit im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen **zwei- bis drei-Mal so häufig Verlusterlebnisse**, was den Schluss zulässt, dass Trennungserlebnisse eine gesteigerte Vulnerabilität bedingen, im späteren Leben depressiv zu erkranken. Prospektive Studien zeigen, dass chronischer Stress am Arbeitsplatz – z. B. durch hohe Anforderungen bei gleichzeitig subjektiver geringer autonomer Kontrolle über Arbeitsabläufe und -umfang und einem Missverhältnis von notwendiger Anstrengung und (ideeller und materieller) Belohnung – prädiktiv für Depressivität ist (OR = 1.8).

Ein **psychodynamisches Modell** der Beziehungsgeschichten depressiver Menschen beschreibt, wie sehr deren Trennungsempfindlichkeit erhöht ist, so dass eine ständige Abhängigkeit von wichtigen Bezugspersonen oder ein Gefühl von Beziehungslosigkeit und Einsamkeit bleibt.

Kognitionspsychologische Hypothesen gehen davon aus, dass Depressionen kognitive Störungen zugrunde liegen. Depressive Störungen sollen entstehen, wenn bei einem Individuum situative Auslöser mit realitätsfremden, verzerrten, negativen Kognitionen verarbeitet werden, die mit gelernter Hilflosigkeit und Verhaltensdefiziten sowie einem Mangel an positiv verstärkenden Aktivitäten gepaart sind. Die situativen Auslöser beziehen sich hierbei entweder auf aktuelle oder auf chronische Belastungen. Depressive Störungen basieren dieser Annahme zufolge auf dysfunktionalen Einstellungen, negativen automatischen Gedanken über sich selbst, die Welt und die Zukunft; entsprechend verzerrt sollen die Informationsverarbeitung sowie die Interaktionsprozesse sein

2.7. Komorbide psychische Störungen

Komorbidität bedeutet das gleichzeitige Vorhandensein mindestens zweier voneinander getrennter Erkrankungen. Depressive Störungen weisen eine **hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen** auf. Bezogen auf die letzten zwölf Monate vor der Untersuchung liegt bei 60,7 % aller Patienten mit unipolaren depressiven Störungen eine Komorbidität vor, darunter bei 24,1 % mit drei und mehr zusätzlichen Diagnosen. Patienten mit komorbiden Erkrankungen haben ein *höheres Chronifizierungsrisiko*, eine *ungünstigere Prognose* und ein *erhöhtes Suizidrisiko*.

Besonders häufig zeigt sich eine Komorbidität mit **Angst- und Panikstörungen**. Beinahe 50 % derjenigen, die bezogen auf die Lebenszeit die Kriterien für eine depressive Störung erfüllen, erfüllen auch die Kriterien für die Diagnose einer Angststörung. Eine Komorbidität von Depression und Angst geht mit *höherer Symptomschwere, Chronizität, höherer funktioneller Beeinträchtigung, höherer Suizidrate* und einem *geringeren Ansprechen auf medikamentöse Therapie* einher.

Eine weitere häufige und prognostisch ungünstige Komorbidität besteht mit **Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit**. Ein Drittel aller depressiven Patienten weist, bezogen auf die Lebenszeit, einen Substanzmittelabusus in der Anamnese auf. Bei Patienten mit einer **Suchterkrankung** liegt die Komorbidität mit depressiven Störungen zwischen 30 % und 60 %. Der hohe Anteil an Depressionen bei Suchtkranken ist häufig eine sekundäre Folge der Suchterkrankung.

Auch **Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen** sowie **Zwangsstörungen** weisen eine hohe Komorbidität mit depressiven Störungen auf. Beispielsweise weisen 43 % der Patientinnen mit einer **Essstörung** (Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa) eine komorbide depressive Störung auf. In klinischen Studien wurden **Persönlichkeitsstörungen** bei 41-81% der depressiven Patienten diagnostiziert; bei 35% der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen war zusätzlich eine Depression vorhanden.⁴

⁴ LL, S. 50

2.8. Komorbide somatische Erkrankungen

Die Wechselwirkungen zwischen körperlichen und seelischen Erkrankungen sind vielfältig und besonders für die Depression gut belegt. Zum einen sind schwere körperliche Erkrankungen häufig mit psychischen Belastungen verbunden, die das Ausmaß einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung erreichen können. Dabei ist dies nicht nur als eine psychische Reaktion auf die belastende Situation einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung zu verstehen, sondern es handelt sich vielmehr um ein **komplexes, interagierendes Bedingungsgefüge von somatischer Erkrankung, angewandten Behandlungsmaßnahmen, individuellen Bewältigungsressourcen und psychischen Störungen**. Zum anderen hat aber auch eine depressive Störung erhebliche Auswirkungen auf den körperlichen Allgemeinzustand des Betroffenen. Das Ausmaß dieser körperlichen Beeinträchtigung – z. B. durch Schlafstörungen, Erschöpfung oder allgemeine Schwäche – ist so hoch, dass Depressionen diesbezüglich vergleichbar sind mit anderen chronischen somatischen Erkrankungen wie Diabetes, Arthritis und Bluthochdruck.

Darüber hinaus zeigen epidemiologische Studien, dass **depressive Patienten ein erhöhtes Risiko für verschiedenste somatische Erkrankungen** haben. Eine WHO-Studie zeigte, dass das Risiko, an einer körperlichen Beeinträchtigung zu erkranken, ein Jahr nach einer depressiven

Erkrankung um das 1,8-fache erhöht ist, wobei diese Assoziation für sich genommen noch nichts über eine mögliche Kausalität aussagt. Zu den gehäuft im Rahmen depressiver Episoden auftretenden somatischen Beeinträchtigungen zählen u.a. *arteriosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Migräne, Asthma bronchiale, Allergien, Ulcus pepticum, Diabetes mellitus und Infektionserkrankungen*. Eine Schwächung des Immunsystems wurde für Trauernde nachgewiesen und könnte einen Teil der Assoziation depressiver und körperlicher/psychosomatischer Erkrankungen erklären.

Depressive Störungen haben darüber hinaus gravierende Auswirkungen auf die **sozialen Beziehungen** und die **Arbeitsfähigkeit** der Betroffenen. Nicht nur für den Betroffenen selbst ist eine depressive Störung mit zahlreichen Beeinträchtigungen verbunden, sie stellt auch **an Partner und Familienangehörige enorme Anforderungen** und erfordert ein hohes Maß an Verständnis und Geduld. Familiäre- und Partnerbeziehungen sind häufig in Mitleidenschaft gezogen, wenn ein Familienmitglied an einer Depression erkrankt. Eine Depression eines Elternteils kann zu **erheblicher Verunsicherung der Kinder und zu einer möglichen Vernachlässigung der Kinder** führen. Studien konnten bei Kindern depressiver Mütter eine verlangsamte motorische und geistige Entwicklung, Schulprobleme, Verhaltensauffälligkeiten und verringertes Selbstwertgefühl nachweisen.

Depressive Störungen reduzieren die **berufliche Leistungsfähigkeit**, da neben der allgemeinen Antriebsstörung die Konzentration und andere kognitive Funktionen betroffen sind. Depressive Arbeitnehmer haben mit 6,1 Tagen **wesentlich mehr Arbeitsunfähigkeitstage** im Monat als nicht depressive Arbeitnehmer mit 1,7 Tagen. Nach Angaben der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) waren depressive Episoden unter den psychischen Störungen im Jahr 2003 die **häufigste Einzeldiagnose im Zusammenhang mit Arbeitsausfalltagen** (AU-Tage), was ca. 2,8 % aller AU-Tage entspricht. Depressive Störungen haben in Deutschland einen **erheblichen Anteil an vorzeitigen Berentungen**. 1995 wurden 6,3% aller Frühberentungen mit einem mittleren Berentungsalter zwischen 50 und 54 Jahren aufgrund von depressiven Störungen bewilligt. Im Jahr 2002 machten die affektiven Störungen 8,5 % aller vorzeitigen Berentungen aus.

Trotz eines wachsenden öffentlichen Bewusstseins sind psychische Probleme immer noch mit einem **Stigma** assoziiert. In der Öffentlichkeit ist der Begriff Depression häufig mit der Vorstellung verknüpft, dass erkrankte Personen „unausgeglichen“ oder „neurotisch“ sind [156]. Auch Arbeitgeber haben gegenüber Menschen mit psychischen Problemen Vorurteile und stellen sie seltener ein als Arbeitnehmer mit anderen chronischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes.

2.9. Symptome

"Da depressive Patienten selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten und eher unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden angeben, soll das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung **aktiv exploriert** werden."⁵

"Depressive Störungen treten oft gleichzeitig mit anderen psychischen Störungen auf."⁶

"Bei depressiven Störungen sollten das Vorliegen von körperlichen Erkrankungen, die Einnahme von Medikamenten und Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können, sowie Komorbiditäten sorgfältig geprüft werden. Bei Patienten, die fortan ausschließlich in psychotherapeutischer Behandlung sind, soll der körperliche Status in jedem Fall zuverlässig abgeklärt werden."⁷

⁵ LL, S. 31

⁶ LL, S. 32

⁷ LL, S. 32

Das Erkennen einer Depression wird häufig dadurch erschwert, dass Patienten selten spontan über typische Symptome einer Depression berichten.

Patienten können oft depressive Symptome nicht zuordnen und vermuten bei ihren Beschwerden eher organische Ursachen. Nicht selten haben sie Schwierigkeiten über psychische Beschwerden zu sprechen und beklagen verschiedene somatische Beschwerden oder allgemeines Unwohlsein. Daher ist es wichtig, dass depressive Störungen in ihren verschiedenen Symptomrepräsentationen frühzeitig erkannt und erwogen werden, wenn Beschwerden wie *Schlafstörungen, Appetitstörungen, Kraftlosigkeit, Schmerzen* oder andere unspezifische Krankheitsmerkmale geschildert werden. Tabelle 10 zeigt Beschwerden auf, die auf eine depressive Störung hinweisen können:

X. Tabelle 10: Beschwerden, die auf eine depressive Störung hinweisen (mod. n.)

- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit;
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen);
- Appetitstörungen, Magendruck, Gewichtsverlust, Obstipation, Diarrhöe;
- diffuser Kopfschmerz;
- Druckgefühl in Hals und Brust, Globusgefühl;
- funktionelle Störungen von Herz und Kreislauf (z. B. Tachykardie, Arrhythmie, Synkopen), Atmung (z. B. Dyspnoe), Magen und Darm; Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen; 📺 Muskelverspannungen, diffuse neuralgiforme Schmerzen;
- Libidoverlust, Sistieren der Menstruation, Impotenz, sexuelle Funktionsstörungen;
- Gedächtnisstörungen.

2.9.1. Test

Eine Möglichkeit der schnellen Erfassung einer unipolaren depressiven Störung bietet z. B. der „**Zwei-Fragen-Test**“,

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist die klinische Erfassung der formalen Diagnosekriterien erforderlich, da **nur durch die explizite Erhebung aller relevanten Haupt- und Nebensymptome eine adäquate Diagnosestellung nach ICD-10 möglich** ist. Dies geschieht in aller Regel über eine fundierte Exploration des Patienten im Gespräch, wobei die Beispielfragen in Tabelle 12 hierbei leitend sein können.

Achtung: Diagnosen dürfen nur vom Arzt gestellt werden!

2.9.2. Fragen zur Symptomerfassung

XII. Tabelle 12: Beispielfragen zur Symptomerfassung (n. [213])

Hauptsymptome	
Depressive Stimmung	„Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?“ „Gab es Zeiten, an denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?“
Interessenverlust und Freudlosigkeit	„Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?“ „Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?“
Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel	„Haben Sie Ihre Energie verloren?“ „Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?“ „Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?“
Zusatzsymptome	
Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	„Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“ „Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?“
Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	„Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl?“ „Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?“

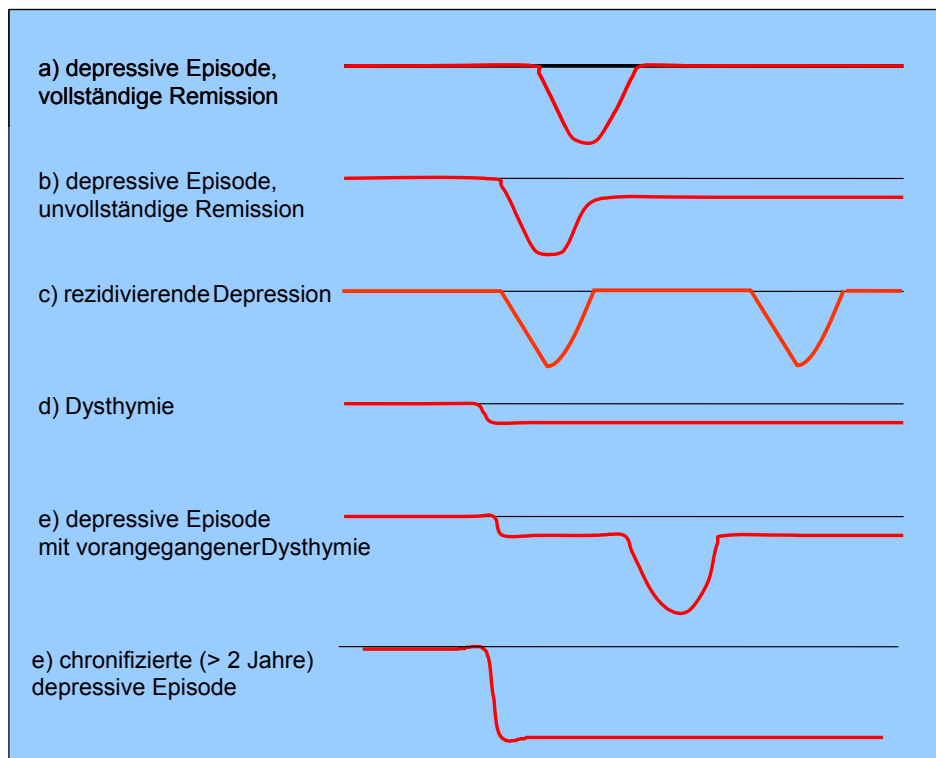
Zusatzsymptome	
Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit	„Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?“ „Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?“
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	„Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?“ „Haben Sie Pläne für die Zukunft?“
Suizidgedanken/ Suizidhandlungen	„Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein?“ „Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“ „Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?“ „Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?“
Schlafstörungen	„Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?“ „Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?“
Verminderter Appetit	„Hatten Sie mehr/weniger Appetit in der letzten Zeit?“ „Haben Sie ungewollt abgenommen?“

Das Vorliegen von Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, Traurigkeit, Selbstzweifeln und Resignation sowie das Auftreten einzelner depressiver Symptome ist nicht gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer depressiven Störung.

2.10. Verlauf

Depressionen zeichnen sich typischerweise durch einen **episodischen Verlauf** aus, d.h. die Krankheitsphasen sind **zeitlich begrenzt** und **klingen häufig auch ohne therapeutische Maßnahmen ab**. Untersuchungen aus der Ära vor Einführung der Psychopharmaka belegen durchschnittliche **Episodendauern einer unipolaren Depression von sechs- bis acht Monaten**. Die Entwicklung effektiver Therapien führte zu einer deutlichen Verkürzung und weniger starken Ausprägung der depressiven Phasenlänge. Die **mittlere Episodendauer behandelter unipolarer depressiver Störungen wird auf 16 Wochen** geschätzt, wobei bei ungefähr 90 % der Patienten die depressive Episode als mittel- bis schwergradig eingeschätzt wird

Über den Lebensverlauf betrachtet kommt es bei **mindestens 50% der Fälle nach der Ersterkrankung zu wenigstens einer weiteren depressiven Episode**



2.11. Therapie

Am Beginn der Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen steht ein **Aufklärungsgespräch**. Dessen Ziel ist es, Hoffnung zu vermitteln und sie zu entlasten. Verständliche Informationen dienen dazu zu erklären, dass es für die Therapie der bestehenden Erkrankungsepisode bewährte und wirksame Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Wichtig ist dann, dem Patienten zu vermitteln, dass es sich um eine Krankheit handelt und ein zentrales Kennzeichen dieser Erkrankung das Gefühl darstellt, sich in einem unveränderlichen Zustand zu befinden (Verlust der Zeitperspektive).

Als **allgemeine Behandlungsziele** gelten für Patienten mit depressiven Störungen.

- die Symptome der depressiven Störung zu vermindern und letztlich eine vollständige Remission zu erreichen;
- die Mortalität, insbesondere durch Suizid zu verringern;
- die berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit wiederherzustellen;
- das seelische Gleichgewicht wieder zu erreichen sowie
- die Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder eine spätere Wiedererkrankung zu reduzieren.

Während in Therapiestudien zumeist *Verbesserungen auf Depressivitätsskalen* das entscheidende Remissionskriterium sind, sind für Patienten auch andere Aspekte von großer Bedeutung. Über die Abwesenheit depressiver Symptome hinaus sind insbesondere eine allgemeine *bejahende Lebenseinstellung* (z. B. Optimismus, Vitalität, Selbstbewusstsein, Lebenswillen), die *Rückkehr zum herkömmlichen psychosozialen Funktionsniveau*, *verbesserte Bewältigung von Alltagsstress und -verpflichtungen* oder auch eine *verbesserte Beziehungsqualität* zu engen Bezugspersonen als weitere spezifische Therapieziele bedeutsam.

Die **Wahl der geeigneten Behandlungsalternative** richtet sich nach *klinischen Faktoren*, wie der *Symptomschwere* und dem *Erkrankungsverlauf* sowie der *Patientenpräferenz*. Grundsätzlich gibt es vier primäre Behandlungsstrategien:

- aktiv-abwartende Begleitung („watchful waiting“)
- *medikamentöse Behandlung*
- *psychotherapeutische Behandlung*
- *Kombinationstherapie*

Im Rahmen des Aufklärungsgespräches, z. B. am Beginn einer antidepressiven Pharmakotherapie, kann die **Erklärung biologischer Aspekte** von Depressionen hilfreich sein. Eine solche Erläuterung entlastet Patienten unter Umständen von Schuldgefühlen und kann das Gefühl persönlichen Versagens relativieren. Auch die **eingehende Aufklärung** über die **Wirkweise und Nebenwirkungen der Antidepressiva** („Botenstoffe im Gehirn“) sowie ihr **fehlendes Abhängigkeitspotential** kann helfen, dass Vorbehalte und Befürchtungen der betroffenen Patienten oder ihrer Angehörigen über das suchterzeugende und persönlichkeitsverändernde Potential von Antidepressiva ausgeräumt werden.

Darüber hinaus sollten Patienten informiert werden, dass bei einer medikamentösen Behandlung mit einer **Wirksamkeit** zu rechnen ist und **Nebenwirkungen besonders am Anfang der Behandlung** auftreten können. Häufige Nebenwirkungen der Medikamente sollten immer direkt und mit Hinweis auf ihre meist vorübergehende Natur, sowie mit einer Gewichtung hinsichtlich der erwarteten Wirkung beruhigend angesprochen werden. Des Weiteren sollte ein Aufklärungsgespräch thematisieren, mit welchen Zeitdauern bei depressiven Episoden und ihrer Behandlung zu rechnen ist. Auch die Notwendigkeit der **Fortführung der Antidepressivatherapie** für weitere sechs bis neun Monate nach dem Abklingen der depressiven Symptomatik soll angesprochen werden.

Der Trainer kann hier begleitend und motivierend mitwirken.

Einbezug von Patienten und Angehörigen

Patienten mit depressiven Störungen wollen über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten möglichst gut informiert werden und sich bei der behandlungsbezogenen Entscheidung beteiligen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung trägt zu höherem Wissen und realistischeren Erwartungen über den Erkrankungsverlauf und zu höherer Patientenzufriedenheit bei. Bei der **Partizipativen Entscheidungsfindung (Englisch: Shared Decision Making)** wird ein gleichberechtigtes Zusammenarbeiten von Arzt bzw. Psychotherapeut und Patient angestrebt.

2.11.1. Schritte der Entscheidungsfindung

XVIII. Tabelle 16: Schritte der Partizipativen Entscheidungsfindung (n. [273; 274])

Schritt 1	Aufklärung über Diagnose, Verlauf und Prognose der Erkrankung sowie Angebot einer Partizipativen Entscheidungsfindung
Schritt 2	Gleichwertigkeit der möglichen Behandlungsoptionen betonen („Equipoise“)
Schritt 3	Behandlungsmöglichkeiten und Risiken beschreiben
Schritt 4	Explorieren von Verständnis, Gedanken und Befürchtungen des Patienten
Schritt 5	Erwartungen und unterschiedliche Entscheidungspräferenzen erfassen
Schritt 6	Entscheidung besprechen, treffen oder aufschieben
Schritt 7	Folgevereinbarung treffen

2.11.2. Aufklärung und Mitarbeit

Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen soll eine verständliche Sprache verwendet werden. Soweit Fachausdrücke verwendet werden, müssen diese erklärt werden.

Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.

2.11.3. Evidenzbasierte Patienteninformation

Depressive Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden. Wenn es angebracht ist und die Patienten einverstanden sind, gilt dies auch für deren Angehörige.

Unerwünschte Nebenwirkungen: **orthostatische Hypotonie,**

2.11.4. Psychoedukation von Patienten und Angehörigen

Psychoedukative Angebote für Betroffene und Angehörige sollten zur Verbesserung des Informationsstands, der Akzeptanz und der Patientenmitarbeit im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie als sinnvolle Ergänzung angeboten werden.

2.11.5. Pharmakotherapie

2.11.6. Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung

Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktiv- abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden. Hält die Symptomatik nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über die Einleitung einer spezifischen Therapie entschieden werden.

Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.

Über die Mechanismen, durch welche die Wirkung der Antidepressiva zustande kommt, besteht weiterhin Unklarheit. Daher ist es bis heute nicht möglich, verlässlich vorauszusagen, ob und wann ein bestimmter Patient auf ein bestimmtes Antidepressivum ansprechen wird.

2.11.7. Typische Anti-Depressiva:

Tri- (und tetrazyklische) Antidepressiva (TZA) bzw. nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme- Inhibitoren (NSMRI); Diese in den 1950er-Jahren eingeführten Antidepressiva (Anhang 3: "Antidepressiva – Wirkstoffe gegliedert nach Wirkstoffgruppen mit Angaben zu Dosierung, Plasmaspiegel und Monitoring") bewirken in unterschiedlichem Ausmaß eine **Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin** aus dem synaptischen Spalt.

Erregungsleitungsstörungen, Herzrhythmusstörungen.

Herzfrequenzanstieg,

- Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI);
- Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren (MAOI);
- Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI);
- Selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SNRI);
- Alpha2-Rezeptor-Antagonisten;
- Selektiver Noradrenalin-Dopamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (Bupropion);
- Melatonin-Rezeptor-Agonist (MT1/MT) und Serotonin 5-HT2C-Rezeptor-Antagonist (Agomelatin).

Darüber hinaus gibt es **nicht klassifizierte Antidepressiva** (Trazodon), **Lithiumsalze** und **Phytopharmaka** (z. B. Johanniskraut).

Lithium ist der **Prototyp des Stimmungsstabilisierers** und zählt im engeren Sinne nicht zu den Antidepressiva. Drei Hauptmechanismen spielen bei der Wirkungsweise von Lithium eine bedeutende Rolle:

- a) **Effekte auf die Neurotransmitterregulation** (nach neueren Erkenntnissen im Sinne einer Stabilisierung der Balance zwischen Serotonin, Noradrenalin, Dopamin, Acetylcholin u. a.),
- b) **Effekte auf die intrazelluläre Signaltransduktion** und
- c) Effekte auf die Genexpression.

Stabil kommt Lithium nur als Salz vor (Lithiumcarbonat, Lithiumacetat u. a.). Es wird unverändert renal eliminiert.

Die **Wirksamkeit** von Johanniskraut in der Therapie der Depression ist allerdings **umstritten**. Es gibt sowohl klinische Studien, die eine Wirksamkeit belegen, als auch solche, die keine Überlegenheit gegenüber Placebo zeigen. Eine **neue Metaanalyse** kommt zum Ergebnis, dass Johanniskrautextrakte bei der Behandlung von *leichter und mittelgradiger depressiver Symptomatik* **wirksam** sind. Für *schwere oder chronisch verlaufende Depressionen* sind **keine Effekte** belegt. Hauptproblem ist, dass für diese pflanzlichen Präparationen erhebliche Standardisierungsprobleme mit **stark schwankenden Dosen** der möglicherweise bioaktiven Substanzen (u. a. Hyperforin und Hypericin) bestehen. So ist nicht hinreichend bekannt, welche Konstituenten des Johanniskrautextrakts bei welchen Konzentrationen über welchen Wirkungsmechanismus für die antidepressive Wirkung verantwortlich sind.

Patienten, die Johanniskraut einnehmen, sollten über die unterschiedliche Wirkstärke der verfügbaren Zubereitungen und die sich daraus ergebenden Unsicherheiten informiert werden. Sie sollten ebenfalls aufgeklärt werden über mögliche schwere Wechselwirkungen von Johanniskraut mit anderen Medikamenten (einschließlich oraler Kontrazeptiva, Antikoagulantien und Antiepileptika).

" Ende der 1990er Jahre wurde festgestellt, dass Johanniskraut zu einem verstärkten Abbau von anderen Wirkstoffen führt. Deshalb wurde das zuvor frei erhältliche Johanniskraut 2003 der Apothekenpflicht unterstellt. Ausgenommen von der Apothekenpflicht sind Zubereitungen, die in einer Tagesdosis bis zu 1 g Drogenäquivalent und bis zu 1 mg Hyperforin enthalten, Tee und zur äußeren Anwendung bestimmter Frischpflanzensaft oder ölige Zubereitungen (Rotöl). Johanniskrautpräparate mit der Indikation „mittelschwere Depression“ unterliegen seit dem 1. April 2009 auch in Deutschland der Verschreibungspflicht. Johanniskraut induziert das Abbauenzym Cytochrom P450, Subtyp 3A4, in der Leber. Die Abbaurate einer Vielzahl von Wirkstoffen steigt somit an, und sie können ihre Wirkung verlieren.^[19] Cytochrom P450, Subtyp 3A4 verstoffwechselt u. a. Hormone. So kann Johanniskraut die Wirkung der Anti-Baby-Pille und anderer hormoneller Verhütungsmittel beeinträchtigen. Es bestehen auch Wechselwirkungen mit bestimmten AIDS-Medikamenten (HIV-Proteaseinhibitoren), Antibiotika wie Clarithromycin und einigen Antidepressiva. Die HIV-Proteasehemmer und das Antibiotikum können ihre Wirkung ganz oder teilweise verlieren, was bei den zugrunde liegenden ernsten Erkrankungen schwerwiegende Folgen haben kann." ⁸

Antidepressiva sollen mindestens 4-9 Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus eingenommen werden, weil sich hierdurch das Risiko eines Rückfalls erheblich vermindern lässt. In dieser Erhaltungsphase soll die gleiche Dosierung wie in der Akutphase fortgeführt werden.

Patienten mit 2 oder mehr depressiven Episoden mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen in der jüngeren Vergangenheit sollten dazu angehalten werden, das Antidepressivum mindestens 2 Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einzunehmen.

8

http://de.wikipedia.org/wiki/Echtes_Johanniskraut#Nebenwirkungen

Effektivität psychotherapeutischer Verfahren in der Akuttherapie

Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktiv- abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden. Hält die Symptomatik nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über die Einleitung einer spezifischen Therapie entschieden werden.

Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden.

Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.

Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.

Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten.

Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist.⁹

2.11.8. psychotherapeutische Ansätze

Aus Sicht des Patienten ist es von vorrangiger Bedeutung, **sich von Beginn an verstanden zu fühlen und ausreichend mitteilen zu können**. Dies schließt die patientenseitige Artikulierung seines Verständnisses der Ursachen und Hintergründe der Erkrankung ein. Dazu kommen die realistische Einordnung „seiner“ Depression in die aktuelle Lebenssituation und ggf. auch der Lebensgeschichte, die Bearbeitung der durch die Krankheit selbst geprägten Konzepte von Erkrankung, der eigenen Persönlichkeit und subjektiv wahrgenommener Schuld.

⁹ LL, S. 39

Zusammengefasst beinhaltet die *psychotherapeutische Basisbehandlung depressiver Störungen* folgende Aspekte:

- aktives flexibles und stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung;
- empathische Kontaktaufnahme, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung;
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodelles, Klärung aktueller Motivationen und der Therapieerwartungen des Patienten;
- Vermittlung eines Verständnisses der Symptome, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Prognose, Vermittlung eines „biopsychosozialen Krankheitsmodelles“ zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen;
- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, Entlastung von kurzzeit überfordernden Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation;
- Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach überstürzter Veränderung der Lebenssituation, Unterstützung beim Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele zum Wiedergewinnen von Erfolgserlebnissen (positive Verstärker);
- Vermittlung von Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien (z.B. Antidepressiva, Richtlinien-Psychotherapie);
- Einbezug von Angehörigen, Stärken der Ressourcen;
- Ansprechen von Suizidimpulsen, Erarbeitung eines Krisenmanagements.

2.11.9. Kognitive Verhaltenstherapie

Die **Verhaltenstherapie** depressiver Erkrankungen beruht in Anlehnung an De Jong-Meyer et al. (2007) auf der *Verstärkerverlusttheorie* und der *Theorie der gelernten Hilflosigkeit*. Diese Ansätze gehen von der Annahme aus, dass ein *Mangel an positiver Verstärkung* („Belohnung“) sowie *gelernte Hilflosigkeit* (d. h. das Erleben der „Nichtkontrollierbarkeit“ einer belastenden Situation) und andere *depressionsfördernde Verhaltensmuster* zentrale Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung sind. Der Antriebsmangel und die traurige Stimmungslage von depressiven Menschen beruhen oft auf einer Reihe negativer Lebenserfahrungen (wie Verlust von nahe stehenden Personen, Krankheit, Arbeitslosigkeit, sozialer Isolierung) und dem damit verbundenen Verlust an positiver Verstärkung. Häufig spielen im Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung auch Defizite bei sozialen Fähigkeiten, Konfliktbewältigung und Problemlösevermögen eine Rolle.

Entsprechend zielt die Verhaltenstherapie darauf ab, über eine individuelle Problemanalyse und die daraus abgeleiteten therapeutischen Interventionen das *Problemverhalten des depressiven Patienten korrigierend zu verändern* und ein *verbessertes Problemlöserepertoire zu entwickeln*. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Förderung von Erfolgserlebnissen und Veränderung der Stimmung durch vermehrte positive Aktivitäten. Außerdem werden *Entspannungstechniken* vermittelt, um den Patienten zu helfen, mit Symptomen wie Schlaflosigkeit, Stress oder Angst umzugehen. Im späteren Therapieverlauf werden *Problemlösestrategien* und *soziale Fertigkeiten* eingeübt, um das Selbstwertgefühl der Patienten zu festigen und die Beziehungsfähigkeit zu verbessern.

2.11.10. Gesprächspsychotherapie

Die Entwicklung der **Gesprächspsychotherapie** (GPT) ist eng mit der Person von Carl Rogers verknüpft, der als Hauptvertreter der *humanistischen Psychologie* gilt. Er nahm an, dass eine Person, die psychotherapeutische Hilfe sucht, die Fähigkeit zur Selbstheilung, zur Problemlösung und zum persönlichen Wachstum besitzt, wenn es dem Therapeuten gelingt, die notwendigen Voraussetzungen durch die Verwirklichung bestimmter Einstellungen und Verhaltensweisen zu schaffen. Die Basisvariablen sind ein Ergebnis der Forschung zur GPT: Wenn ein Therapeut versteht, was zum Zeitpunkt der Therapie in einem Patienten vorgeht (Empathie) und wenn er in der Lage ist, ihm das Verstandene in aufrichtiger Weise (Kongruenz) und Zugewandtheit (nicht *an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung*) mitzuteilen, so wird dieser eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung erfahren. Diese Veränderung geht vom Patienten aus und kann und soll vor Beginn der Therapie nicht inhaltlich festgelegt werden.

Die gesprächspsychotherapeutische Störungstheorie der Depression geht von einer *depressionstypischen Diskrepanz zwischen Selbstbild und Selbstideal* aus. Diese Diskrepanz führt zu einer Art Kluft („spezifische Inkongruenz“) zwischen dem Selbstkonzept (Selbstbild und Selbstideal) und dem originären, aber nicht symbolisierten Erleben („organismische Erfahrung“) mit der Folge, dass eigene Ansprüche, vor allem Bedürfnisse nach Selbstbehauptung und Selbstabgrenzung, nicht oder nur verzerrt wahrgenommen und akzeptiert werden. Es resultieren die *Neigung zu Selbstabwertung, Selbstunzufriedenheit, leicht zu induzierende Schuldgefühle* und ein *starkes Bedürfnis nach Bestätigung und Anerkennung*. Infolge der letzteren kommt es zu unrealistischen Beziehungserwartungen und damit zu dysfunktionalem Beziehungsverhalten.

Die Therapie depressiver Störungen leitet sich unmittelbar vom allgemeinen GPT-Therapiemodell und den Basisvariablen ab. Hier ist einmal die generell vom Therapeuten geforderte bejahende, anerkennende Grundhaltung, seine engagierte, interessierte und affirmative Zuwendung zu nennen (bedingungsfreie Wertschätzung; siehe oben), auf die gerade Depressive wegen ihres negativen Selbstkonzeptes angewiesen sind, und die – angemessen kommuniziert – schon von sich aus zu einer Ressourcenaktivierung und Selbstwertstabilisierung führen kann. Das Bemühen um einen verstehenden Nachvollzug und die (partielle) Perspektivübernahme seitens des Therapeuten (Alter- Ego-Position) weist diesem konsequent die Rolle eines *inneren Begleiters des Klienten* zu, eine Funktion, die für Depressive mit ihrem starken Bedürfnis nach stützender Nähe und Anerkennung besonders wichtig und heilsam ist. Durch die mit diesem Einfühlen verbundenen therapeutischen Verstehensangebote wird die Neigung und die Fähigkeit des Patienten zur Selbstexploration, d. h. zu einer vertieften Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung, so angeregt, dass die Anerkennung eigener Gefühle und Bedürfnisse ermöglicht, die Überhöhung des Selbstideals zurückgenommen und unangemessene Beziehungserwartungen korrigiert werden können.

- Gruppentherapie

- Paartherapie

2.11.11. Lichttherapie

Lichttherapie soll als Behandlungsform bei Patienten mit leicht- bis mittelgradigen Episoden rezidivierender depressiver Störungen, die einem saisonalen Muster folgen, erwogen werden.

Mit Lichttherapie behandelte Patienten mit saisonal abhängiger depressiver Episode, die auf diese Therapieform ansprechen, können die Lichttherapie den gesamten Winter über fortsetzen.

2.11.12. Körperliches Training

Körperliches Training kann aus klinischer Erfahrung heraus empfohlen werden, um das Wohlbefinden zu steigern und depressive Symptome zu lindern.

Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert, präzise und detailliert erfragt und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden.

In Studien mit gesunden jungen Menschen hat sich gezeigt, dass **körperliche Aktivität positive Auswirkungen auf die Stimmung** haben kann. **Offene Studien** über kurzfristige Wirkungen eines täglichen Programms mit aerobem Training zeigen eine relativ rasche Verbesserung der Stimmung (bis zum Tag 14) bei Patienten mit depressiver Symptomatik. In einer 16-wöchigen **randomisiert-kontrollierten Studie** von 156 älteren Patienten mit depressiver Episode wurde die Wirksamkeit von *Sertralin* mit dem Einfluss durch ein *aerobes Übungsprogramm* verglichen. Am Ende der Studie war der Effekt durch die Übungen genauso groß wie durch Sertralin, jedoch zeigte die Sertralingruppe eine schnellere Response.

2.12. Protektiv-Faktoren

Der **Familienstand** und das Vorhandensein bzw. Fehlen einer **vertrauensvollen persönlichen Beziehung** sind als Protektiv- bzw. Risikofaktoren bei unipolaren Depressionen gesichert.¹⁰

Unter den **sozioökonomischen Faktoren** korrelieren ein *höheres Bildungsniveau* und eine *sichere berufliche Anstellung* mit niedrigeren Depressionsraten. So liegt die Zwölf-Monatsprävalenz von Personen aus der unteren sozialen Schicht mit 16,4 % fast doppelt so hoch wie bei denjenigen aus hohen sozialen Schichten (8,8 %). Ähnliches gilt für den *Beschäftigungsstatus*, bei dem Vollzeitberufstätige mit 9,1 % eine deutlich niedrigere Depressionsrate als Arbeitslose mit 20 % aufweisen. Darüber hinaus haben Menschen, die in *städtischer Umgebung* und in *Mietwohnungen* leben, eine substantiell höhere Depressionsrate als diejenigen, die auf dem Land und in einem Eigenheim wohnen.¹¹

¹⁰ LL, S. 49

¹¹ LL, S. 50

3. Fibromyalgie

"Schmerzen lassen sich nach klinischen Kriterien in monolokuläre Schmerzen (eine Körperstelle), regionale Schmerzen (eine Körperregion, z. B. Schulter/Arm) und Schmerzen mehrerer Körperregionen einteilen (27). Die Mehrzahl der Schmerzorte wird im muskuloskelettalen System angegeben. Bevölkerungsbasierte Studien zeigen, dass die meisten Menschen mit muskuloskelettalen Schmerzen mehr als einen Schmerzort angeben (18,45).

Die Klassifikationskriterien des Amerikanischen Kollegiums für Rheumatologie (ACR) von 1990 definieren chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen (englisch: chronic widespread pain [CWP]) (58): > 3 Monate bestehende Schmerzen in:

- Achsenskelett (Halswirbelsäule oder vorderer Brustkorb oder Brustwirbelsäule oder Lendenwirbelsäule) und - rechte Körperhälfte und linke Körperhälfte und - oberhalb der Taille und unterhalb der Taille

Schmerzen in mehreren Körperregionen können auch durch die Angabe von mindestens 7 von 19 vorgegebenen Schmerzorten im Widespread Pain Index WPI (deutsch: regionale Schmerzskala) erfasst werden (20,64). Schmerzen in mehreren Körperregionen können spezifische Ursachen haben (z. B. entzündlich rheumatische Erkrankung, diffuse Knochenmetastasen). Bei den meisten Betroffenen mit chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen lassen sich keine spezifischen somatischen Krankheitsursachen finden."¹²

"Menschen mit chronischen Schmerzen, Schlafstörungen und Müdigkeit sind seit biblischen Zeiten beschrieben. Smythe (51) gab in einem historischen Überblick Beispiele berühmter Persönlichkeiten (z. B. Florence Nightingale und Charles Darwin) an („lifelong invalids, yet lived to a ripe old age“). In der rheumatologischen Literatur wurde der Beschwerdekomples als „Weichteilrheuma“ bzw. „Fibrositis“ bezeichnet. Nach Smythe (50) war die Fibrositis ein unscharf definiertes Beschwerdebild mit multilokulären Schmerzen und Steifheit, das länger als drei Monate anhielt, verbunden mit einer ausgeprägten lokalen Hyperalgesie, einer chronischen Müdigkeit und Schlafstörungen. Zusätzlich sei eine depressive Verstimmung häufig beteiligt. Der Begriff Fibromyalgie (engl. = „Fibromyalgia“) wurde erstmals von Hench (1976) gebraucht (25). 1990 definierte das Amerikanische Kollegium für Rheumatologie (ACR) die Kriterien einer „Fibromyalgie“ in Abgrenzung zu entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und Arthrosen."¹³

¹² LL, S. 9

¹³ LL, S. 10

"Funktionelle somatische Syndrome werden durch einen typischen klinischen Komplex körperlicher Symptome, eine definierte Zeitdauer und durch das Fehlen eines die Symptome ursächlich erklärenden somatischen Krankheitsfaktors (z. B. strukturelle Gewebsschädigung, biochemische Störung, spezifische Laborbefunde) definiert."¹⁴

3.1. Definition Fibromyalgie ICD-10

" Die „Fibromyalgie“ wird in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, Deutsche Version, im Kapitel Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems und des Bindegewebes in dem Unterkapitel „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert“ (M79.70) aufgeführt."¹⁵

"Die internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bietet die Möglichkeit, chronische körperliche Beschwerden ohne somatischen Krankheitsfaktor sowohl in den Kapiteln der somatischen Erkrankungen als auch im Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ unter den somatoformen Störungen (F 45) zu klassifizieren. Daher werden in Deutschland Patienten mit einem fibromyalgiformen Beschwerdebild von vielen Ärzten und Psychologen nicht als M79.70, sondern als anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) oder Somatisierungsstörung (F 45.1) kodiert."¹⁶

"Das FMS wurde in den ACR 1990 Klassifikationskriterien durch chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen und Druckschmerzhaftigkeit von mindestens 11/18 Tender Points definiert."¹⁷

"Das FMS kann als funktionelles somatisches Syndrom klassifiziert werden."¹⁸

"Da das Beschwerdebild durch einen Symptomenkomplex definiert wird, ist der Begriff „Fibromyalgiesyndrom“ angemessener als der Begriff „Fibromyalgie“."¹⁹

"Die Mortalität ist beim FMS ist nicht erhöht."²⁰

¹⁴ LL, S. 12

¹⁵ LL, S. 12

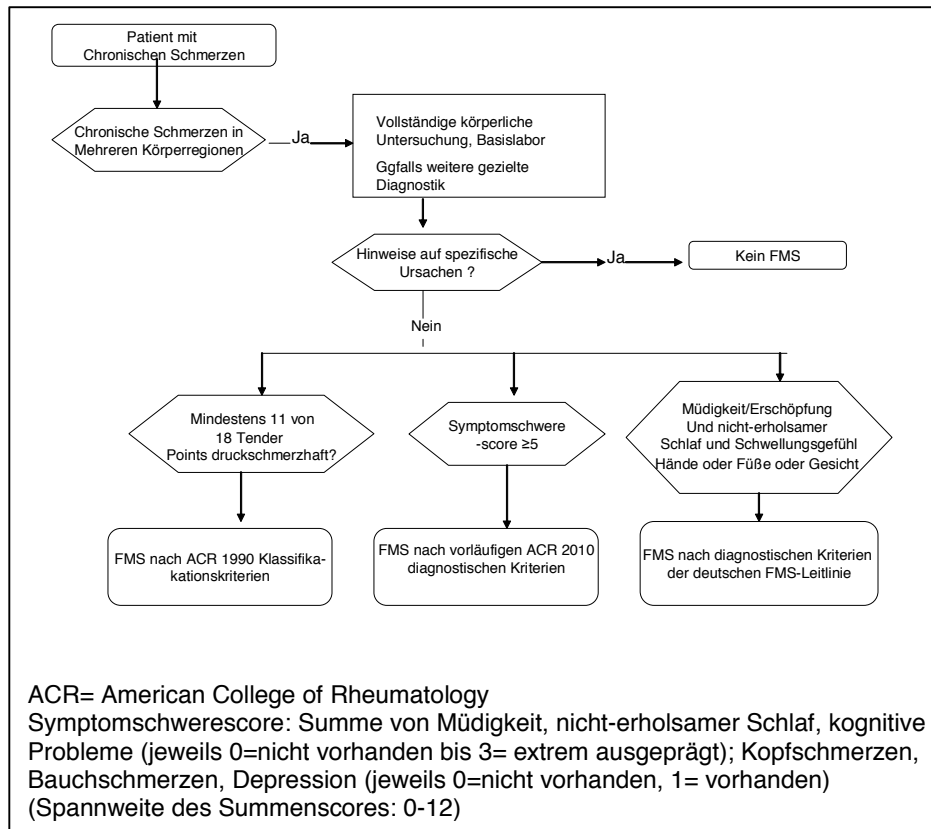
¹⁶ LL, S. 13

¹⁷ LL, S. 10

¹⁸ LL, S. 12

¹⁹ LL, S. 17

²⁰ LL, S. 28



21

3.2. Symptome:

"Kernsymptome des FMS sind neben chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen Schlafstörungen bzw. nicht-erholsamer Schlaf und Müdigkeit bzw. Erschöpfungsneigung (körperlich und/oder geistig)."²²

" Das FMS kann mit depressiven Störungen assoziiert sein (EL 1b). Das FMS ist aber nicht als depressive Störung zu klassifizieren (EL3a)."²³

²¹ LL, S. 177

²² LL, S. 11

²³ LL, S. 16

3.3. Charakteristika der Verlaufsformen

Tabelle 1: Klinische Charakteristika leichter und schwerer Verlaufsformen des

Fibromyalgiesyndroms (fließende Übergänge, keine zwingenden Kriterien)

(modifiziert nach AWMF-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme

Körperbeschwerden) (14)

Kriterium	Leichter Verlauf	Schwerer Verlauf
Körperliche Beschwerden	Überwiegend muskuloskelettale Beschwerden	Zahlreiche Beschwerden (muskuloskelettale als auch andere Organsysteme)
Dauer körperliche Beschwerden	Rezidivierend, beschwerdefreie oder – arme Intervalle	Anhaltend, keine oder seltene beschwerdefreie oder - arme Intervalle
Seelische Beschwerden	Gering	Ausgeprägt
Subjektive Krankheitsannahmen	Angemessen (z. B. Abhängigkeit von Stress oder Temperatur)	Unangemessen (z. B. anhaltende Ängste vor schwerwiegender Krankheit trotz erfolgter Ausschlussdiagnostik)
Subjektive Beeinträchtigung (Beruf, Familie, Freizeit)	Fehlend oder gering	Hoch
Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	Gering	Hoch (Doctor hopping)
Psychosoziale Belastung	Wenige bzw. leichtgradige Stressoren (Familie, Beruf)	Zahlreiche und/oder schwerwiegende Stressoren (Familie, Beruf)
Behandler-Patient-Beziehung	Kooperativ	„Schwierig“, frustrierend

"Die häufigsten komorbiden seelischen Störungen beim FMS sind depressive und Angststörungen (11). Ein Screening (per Fragebogen oder Fragen durch Arzt an Patienten) ist mit der deutschen Version des Patientenfragebogens zur Gesundheit PHQ-4 (37) möglich:"²⁴

²⁴ LL, S. 27

3.4. Checklist

„Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Werte von ≥ 3 sind als Grenzwert für eine mögliche depressive Störung (Fragen 01- 02) bzw. eine mögliche generalisierte Angststörung, Panikstörung oder posttraumatische Belastungsstörung (Fragen 03-04) anzusehen.²⁵

3.5. Ursachen

(bisher unbekannt)

"Risikoindikatoren sind Merkmale, deren Vorhandensein ein erhöhtes Krankheitsrisiko anzeigen, die jedoch ursächlich keine Rolle spielen. Risikofaktoren (ätiologische Faktoren) sind Merkmale, die mit einem erhöhten Krankheitsrisiko kausal assoziiert sind.

3.6. Risikoindikatoren für FMS

Folgende biologische, mechanische und psychosoziale Faktoren sind mit der Entwicklung eines CWP assoziiert (Risikoindikatoren):²⁶

- Biologische Faktoren: Genpolymorphismen: β 2-adrenerge Rezeptoren, ACTH-Precursor Rezeptor, kortikosteroidbindendes Globulin; Dysfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse (EL2b);
- Mechanische Faktoren: Zwangshaltungen bei Arbeit (kauernde Tätigkeit, repetitive Bewegungen Handgelenke), monotone Arbeit (EL2b)
- Psychische Faktoren: Vermehrte Angabe körperlicher Symptome und Krankheitsverhalten; niedrige körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität; Schlafstörungen (EL2b); dauerhafte Lebensbedrohung (EL2c)

²⁵ LL, S. 27

²⁶ LL, S. 35

- Kindheit: Hospitalisierung nach Verkehrsunfall; Heimunterbringung; Tod der Mutter; finanzielle Not ²⁷
- Biologische Faktoren: Entzündlich-rheumatische Erkrankungen (EL2b);
- Genpolymorphismen des 5HT2- Rezeptors (EL3a)
- Lebensstilfaktoren: Rauchen, Übergewicht, mangelnde körperliche Aktivität (EL 2b)
- Psychische Faktoren: Körperliche Misshandlung in Kindheit und Erwachsenenalter, sexueller Missbrauch in Kindheit und Erwachsenenalter (EL3a), Stress am Arbeitsplatz (EL3b)

"Es ist möglich, dass die folgenden pathophysiologischen Mechanismen eine pathogenetische Bedeutung für das FMS haben: Veränderte zentrale Schmerzverarbeitung EL3b."²⁸

Dysfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse EL2b Periphere Schmerzgeneratoren EL3b.

"Die Datenlage zur Assoziation von FMS und Vitamin-D Mangel, Infektionskrankheiten und Unfällen ist inkonsistent."²⁹

"Es gibt keine Evidenz für einen Zusammenhang zwischen dem FMS und

- Störungen des Schilddrüsenhormonssystems
- Störungen der weiblichen Sexualhormone
- Störungen des Renin-Angiotensin-Aldosteron Systems
- Strukturelle Muskelveränderungen
- Kosmetische Brustimplantate"³⁰

²⁷ LL, S. 36

²⁸ LL, S. 39

²⁹ LL, S. 37

³⁰ LL, S. 42

3.7. Prävalenz

"In einer Zusammenfassung von 10 Studien zur Prävalenz in der allgemeinen erwachsenen Bevölkerung verschiedener Länder lag die Prävalenz des FMS zwischen 0,7 und 3,3%. Die Prävalenz bei Frauen lag zwischen 1,0 und 4,9%, bei Männern zwischen 0,0 und 1,6%. In Deutschland lag die Prävalenz des FMS (ACR 1990-Kriterien) bei 35-74jährigen Frauen einer Bevölkerungsstichprobe bei 5.5%."³¹

"Das FMS verursacht in Deutschland hohe direkte (Inanspruchnahme medizinischer Leistungen) und indirekte Krankheitskosten (Krankengeld)."³²

3.8. Differentialdiagnosen

Tabelle 3: Wichtige Differentialdiagnosen von chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen (30)

Innere Erkrankungen	Neurologische Erkrankungen
Chronisch entzündliche rheumatische Erkrankungen	Entzündliche Myopathien
Chronische Hepatitis C	Metabolische Myopathien
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Degenerative Myopathien
Zöliakie	Endokrine Myopathien
Osteoporose	Myotonien
Hyper-/Hypoparathyreoidismus	Toxische Myalgien
Hyper-/Hypothyreose	Myalgien bei seltenen Erkrankungen (z. B. Stiff Person Syndrom)
Vitamin-D-Mangel	Myalgien bei Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems

33

³¹ LL, S. 21

³² LL, S. 28

³³ LL, S.25

3.9. Fallbeispiel

"37-jährige Patientin: Seit dem 11. Lebensjahr wiederkehrende Kreuzschmerzepisoden ohne Ausstrahlung, vor zweieinhalb Jahren Ausdehnung der Schmerzsymptomatik auf den ganzen Rücken sowie alle Extremitäten. Seit dieser Zeit auch Schmerzen an den meisten Tagen des Jahres, im Sommer bzw. Urlaub in Mittelmeerländern geringe bzw. keine Schmerzen. Seit zwei Jahren konstantes Schmerzniveau mit einer durchschnittlichen Schmerzstärke von 6/10, geringster Schmerzstärke von 2/10 und maximaler Schmerzstärke von 9/10 auf einer 11-stufigen numerischen Skala (NRS). Weitere körperliche Beschwerden: seit zwei Jahren vermehrtes Steifigkeitsgefühl der Hände sowie vermehrte Kälteempfindlichkeit, keine vegetative Beschwerden. Kein Tragen schwerer Lasten (z. B. Sprudelkästen) mehr möglich. Statt Jogging nur noch Walking möglich. Keine Einschränkungen bei Hausarbeit. Unauffällige biographische Anamnese und aktuelle Lebenssituation (verheiratet, kinderlose Ehe, Mann selbstständig). Keine aktuelle seelischen Beschwerden bzw. seelische Störungen/ psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen in der Vorgeschichte."³⁴

3.10. Therapieverfahren

"Informationen bei Erstdiagnose

Der Patient soll darauf hingewiesen werden, dass seinen Beschwerden keine organische Krankheit („Fibromyalgie“ im Sinne einer distinkten rheumatischen Krankheit), sondern eine funktionelle Störung zu Grunde liegt. Die Legitimität der Beschwerden soll versichert werden. Die Beschwerden des Patienten sollen mit Hilfe eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, das an die subjektive Krankheitstheorie des Patienten anknüpft, in anschaulicher Weise erklärt werden, z.B. durch das Vermitteln psychophysiologischer Zusammenhänge (Stress, Teufelskreismodelle). Eine Information über die Ungefährlichkeit der Beschwerden soll erfolgen. Die Möglichkeiten des Patienten, durch eigene Aktivitäten die Beschwerden zu lindern, soll betont werden."³⁵

"Bei leichten Formen des FMS soll der Patient zu angemessener körperlicher und psychosozialer Aktivierung ermutigt werden."³⁶

*" Bei schweren Verläufen sollen mit dem Patienten körperbezogene Therapien, eine zeitliche befristete medikamentöse Therapie sowie multimodale Therapien * besprochen werden. Konsens. (multimodal“ = mindestens ein körperlich aktivierendes Verfahren mit mindestens einem psychotherapeutischen Verfahren)*

³⁴ LL, S. 18/19

³⁵ LL, S. 52

³⁶ LL, S. 53

Eine multimodale Schmerztherapie ist durch die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren unter ärztlicher Behandlungsleitung definiert: Psychotherapie, Spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- oder Musiktherapie oder sonstige übenden Therapien."³⁷

3.11. Training

"Patienten, die eine Besserung durch aerobes Ausdauertraining erfahren, sollen dieses dauerhaft durchführen. Nur für das aerobe Training ist durch RCTs belegt, dass die positiven Wirkungen beim Aussetzen des Trainings nach einiger Zeit abklingen, bei kontinuierlicher Ausübung jedoch anhalten."³⁸

"Zu Beginn des Trainings kann eine Anleitung durch Übungsleiter/Physiotherapeuten mit Erfahrungen in der Betreuung von chronisch kranken Personen sinnvoll sein, um die an das individuelle Leistungsvermögen angepasste Belastungsintensität herauszufinden, die notwendig ist, um eine Symptomreduktion zu erzielen, z. B. in Form von rezeptiertem Funktionstraining. Ziel dieser Anleitung ist, die Betroffenen zu einem eigenständigen Ausdauertraining (alleine oder in einer Sportgruppe) zu befähigen."³⁹

"Ausdauertraining mit geringer bis mittlerer Intensität (z. B. schnelles Spaziergehen, Walking, Fahrradfahren bzw. – Ergometer-Training, Tanzen, Aquajogging) soll dauerhaft 2-3mal/ Woche über mindestens 30 Minuten durchgeführt werden.

³⁷ LL, S. 54

³⁸ LL, S. 55

³⁹ LL, S. 56

Zur Klassifikation der Intensität des Ausdauertrainings wurden folgende Kategorien verwendet:

50 bis 70% der Hfmax (maximale Herzfrequenz):geringe Intensität

70 bis 85% der Hfmax: mäßige Intensität

85 bis 100% der Hfmax: hohe Intensität."⁴⁰

" Funktionstraining (Trocken- und Wassergymnastik) soll 2mal/Woche (mindestens 30 Minuten) eingesetzt werden... Funktionstraining enthält Elemente von Ausdauertraining und Dehnungsübungen. Es besteht daher eine indirekte Evidenz der Wirksamkeit. "⁴¹

" Krafttraining (geringe bis mäßige Intensität) soll eingesetzt werden. Evidenz liegt vor für eine Trainingshäufigkeit von 2x60/Minuten/Woche."⁴²

Für die Langzeittherapie sollten die Betroffenen Verfahren einsetzen, welche sie eigenständig im Sinne eines Selbstmanagements durchführen können: z. B. an das individuelle Leistungsvermögen angepasstes Ausdauer- und/oder Krafttraining, Stretching, Wärmetherapie.

"Dehnungs- und Flexibilitätstraining kann erwogen werden. Evidenz liegt vor für eine

Trainingshäufigkeit von 2-3x60min/Woche. EL2a, Empfehlung offen-"⁴³

"Entspannungsverfahren in Kombination mit aerobem Training (multimodale Therapie) sollen eingesetzt werden."⁴⁴

" Meditative Bewegungstherapien (Tai-Chi, Qi- Gong, Yoga) sollen eingesetzt werden. EL1a, starke Empfehlung, starker Konsens."⁴⁵

"

⁴⁰ LL, S. 64

⁴¹ LL, S. 66; Funktionstraining (Trocken- und Wassergymnastik in Gruppen unter Anleitung von Krankengymnasten und Physiotherapeuten) ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger und kann beim FMS für die Dauer von 24 Monaten verordnet werden. Das Funktionstraining in qualifizierten Übungsgruppen wird als ergänzende Leistung zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX gefördert und unterliegt nicht dem Heilmittelbudget. Die Qualitätssicherung der Zusatzausbildung und Fortbildungen der Therapeuten obliegen jeder einzelnen Vereinigung, die Funktionstraining anbietet (83). Die Deutsche Fibromyalgie Vereinigung und die Deutsche Rheuma-Liga bieten eine von den gesetzlichen

Krankenkassen und Rentenversicherungsträger anerkannte Fortbildung für Übungsleiter an.

⁴² LL, S. 65

⁴³ LL, S. 68

⁴⁴ LL, S. 95

⁴⁵ LL, S. 139

Kognitive VT in Kombination mit aerobem Training (multimodale Therapie) soll eingesetzt werden."⁴⁶

"Massage soll nicht verwendet werden."⁴⁷

"Entspannungsverfahren sollten nicht als Monotherapie eingesetzt werden."⁴⁸

3.12. Therapien und Empfehlungsgrade

Komplementäre Verfahren

Therapieverfahren	Empfehlungsgrad 2008	Empfehlungsgrad 2012
Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion als Monotherapie	Keine Aussage	Stark negative Empfehlung
Akupunktur	Stark negative Empfehlung	Offene Empfehlung
Atemtherapie	Offene Empfehlung	Keine Aussage
Eliminationsdiät	Offene Empfehlung	Keine positive oder negative Empfehlung möglich
Ergotherapie	Offene Empfehlung	Keine Aussage
Fußzonenreflextherapie	Offene Empfehlung	Keine Aussage
Homöopathie	Offene Empfehlung	Negative Empfehlung
Meditative Bewegungstherapien	Offene Empfehlung	Starke Empfehlung
Reiki	Keine Aussage	Negative Empfehlung
Vegetarische Kost /Heifasten	Offene Empfehlung	Keine positive oder negative Empfehlung möglich

Physikalische Verfahren und Physiotherapie

Therapieverfahren	Empfehlungsgrad 2008	Empfehlungsgrad 2012
Chirotherapie	Offen	Negative Empfehlung
Funktionstraining	Offen	Starke Empfehlung
Krafttraining	Nicht berücksichtigt	Starke Empfehlung
Ganzkörperwärme mit wassergefilterter milder Infrarot-A-Strahlung	Empfehlung	Keine positive oder negative Empfehlung möglich
Ganzkörperkälte	Offen	Negative Empfehlung
Krankengymnastik	Offen	Keine positive oder negative Empfehlung möglich
Laser	Offen	Negative Empfehlung
Lymphdrainage	Offen	Keine positive oder negative Empfehlung möglich
Magnetfeld	Offen	Negative Empfehlung
Massage	Negativ	Stark negativ
Osteopathie	Offen	Keine positive oder negative Empfehlung möglich
Physiotherapie	Offen	Keine positive oder negative Empfehlung möglich
Transkranielle Magnetstimulation	Offen	Negative Empfehlung
Ultraschall/Reizstrom	Offen	Keine positive oder negative Empfehlung möglich

⁴⁶ LL, S. 96

⁴⁷ LL, S. 69

⁴⁸ LL, s. 99

Psychotherapie und Patientenkommunikation

Therapieverfahren	Empfehlungsgrad 2008	Empfehlungsgrad 2012
Biofeedback	Negative Empfehlung	Offene Empfehlung
Kognitive Verhaltenstherapien	Starke Empfehlung	Offene Empfehlung
Patientenschulung als Monotherapie	Stark negative Empfehlung	Offene Empfehlung
Therapeutisches Schreiben	Empfehlung	Negative Empfehlung

4. Multiple Sklerose (MS)

" Es handelt sich um eine immunvermittelte chronisch entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems, die histopathologisch in unterschiedlicher Ausprägung zu Demyelinisierung und axonalem Schaden führt. Verschiedene histopathologische Muster der Entmarkung wurden bei der Untersuchung aktiv demyelinisierender Läsionen von MS-Patienten gefunden (Lassmann et al. 2001)."⁴⁹

4.1. Klassifikation

" Man unterscheidet unterschiedliche Stadien und Verläufe:

- das klinisch isolierte Syndrom (KIS),
 - die schubförmige („relapsing-remitting“, RRMS),
 - die sekundär progrediente (SPMS) und
 - die primär progrediente (PPMS) Verlaufsform.
- Klinisch beginnt die MS bei über 80 % der Patienten mit einem Schubförmigen Verlauf. Häufige Frühsymptome sind Sensibilitätsstörungen, eine Gangstörung mit häufig belastungsabhängiger Schwäche der Beine und Gangunsicherheit sowie eine einseitige Optikusneuritis (Weinshenker 1998). Bei den meisten Patienten bilden sich die Symptome eines Schubes innerhalb von 6–8 Wochen zurück. Wenn neu aufgetretene Beschwerden über 6 Monate persistieren, sinkt die Rückbildungswahrscheinlichkeit auf unter 5 % (Ellison et al. 1994). Beim natürlichen Verlauf der unbehandelten Erkrankung liegt die Schubrate initial bei ca. 1,8 Schüben pro Jahr und nimmt dann in den Folgejahren kontinuierlich ab."⁵⁰

" Unbehandelt kommt es bei mindestens 50 % der Patienten nach durchschnittlich 10 Jahren zu einer **sekundären Progredienz**, d.h. zu einer schleichenden Zunahme klinischer Symptome und neurologischer Beeinträchtigungen, anfangs ggf. mit, später meist auch ohne zusätzliche Schübe. Definitionsgemäß wird beim chronisch progredienten Verlauf eine kontinuierliche Zunahme der Symptome und Ausfallerscheinungen über mindestens 6 Monate hinweg gefordert. Eine hohe Anzahl von Schüben innerhalb der ersten beiden Krankheitsjahre ist oft mit rascherer Progredienz verbunden (Weinshenker 1998, Lublin et al. 2003). Nur ca. 10–15 % der Patienten haben im Verlauf der Erkrankung keine Schübe. Bei ihnen beginnt die Erkrankung bereits mit einer schleichenden Zunahme neurologischer Symptome. Dies wird als **primär progredienter Verlauf** (PPMS) bezeichnet. Es entwickelt sich dann häufig eine über Jahre zunehmende spastische Gangstörung, seltener auch ein progredientes zerebelläres Syndrom (Thompson et al. 2000).

⁴⁹ LL, S. 4

⁵⁰ LL, S. 5

Bei dieser Verlaufsform finden sich deutlich weniger entzündliche Veränderungen in der kranialen MRT."⁵¹

"Noch immer beträgt die durchschnittliche Zeit vom Erstsymptom bis zur Diagnosestellung 3,4 Jahre."⁵²

weitere Symptome / Komplikationen

- Fatigue
- kognitive Störungen
- Ataxie und Tremor
- Blasenstörungen
- sexuelle Dysfunktion

4.2. Prävalenz

" Die Multiple Sklerose (MS) und deren seltene Varianten Neuromyelitis optica und akut disseminierte Enzephalomyelitis ist mit mehr als 120.000 Erkrankten in Deutschland die häufigste chronische ZNS- Erkrankung junger Menschen."⁵³ "Weltweit sind ca. 2 Mio. Menschen von MS betroffen."⁵⁴

" Frauen sind von der schubförmig verlaufenden MS etwa dreimal häufiger betroffen als Männer (Koch-Henriksen u. Sorensen 2010). Der Erkrankungsgipfel liegt um das 30. Lebensjahr, wobei die MS immer häufiger bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert wird (Banwell et al. 2007) und die Ersterkrankung jenseits des 45. Lebensjahres zunehmend häufiger auftritt."⁵⁵

"Die MS tritt vorwiegend in den gemäßigten Breiten nördlich und südlich des Äquators auf und dort findet sich die höchste Prävalenz bei der Bevölkerung kaukasischen Ursprungs (Ebers u. Sadovnick 1994)."⁵⁶

" Die MS ist die häufigste neurologische Erkrankung, die im jungen Erwachsenenalter zu bleibender Behinderung und vorzeitiger Berentung führt."⁵⁷

⁵¹ LL, S. 5

⁵² LL, S. 6

⁵³ LL, S. 3

⁵⁴ LL, S. 5

⁵⁵ LL, S. 6

⁵⁶ LL, S. 6

⁵⁷ LL, S. 4

" Bei etwa ein Drittel der Patienten führt die MS zu vorzeitiger Berentung (Flachenecker et al. 2005). Unter Berücksichtigung auch der indirekten Kosten (Produktivitätsverlust durch Arbeitsunfähigkeitszeiten oder vorzeitige Berentung) und der informellen Hilfe durch Angehörige betragen die jährlichen volkswirtschaftlichen Krankheitskosten bundesweit insgesamt 4 Mrd. Euro, pro Patient durchschnittlich ca. 33.000 Euro. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich ein fast exponentieller Anstieg der Kosten mit zunehmendem Grad der Behinderung ergibt (Kobelt et al. 2006). In den letzten Jahren ist der Anteil der Medikamentenkosten zusätzlich deutlich gestiegen."⁵⁸

4.3. Ursachen

"Strategien zur Primärprävention sind bisher nicht bekannt."⁵⁹

"Regelmäßiges Rauchen führt zu einer 1,5 fachen Risikosteigerung."⁶⁰

"Die geografische Verteilung hat zunehmend die Bedeutung von Vitamin D in das wissenschaftliche Blickfeld gerückt. In Regionen mit niedriger MS-Inzidenz herrscht eine hohe Intensität der Sonnenstrahlung, die zu starker Vitamin-D-Bildung in der Haut führt. Die immunregulatorische Rolle von Vitamin D könnte bei gegebener Suszeptibilität ein Kofaktor für die Krankheitsmanifestation sein. Dies wird gestützt durch den Nachweis von erniedrigten Vitamin-D-Werten bei der kindlichen MS (Banwell et al. 2011) und zum Zeitpunkt der Erstmanifestation bei Erwachsenen (Pierrot-Deseilligny u. Souberbielle 2010). Zurzeit (2012) laufen mehrere prospektive Studien zur Vitamin-D-Substitution bei MS-Patienten an."⁶¹

4.4. Beeinflussende Faktoren MS

Tab. 1: Faktoren, die den Krankheitsverlauf beeinflussen können.

Prognostisch eher günstige Faktoren	Prognostisch eher ungünstige
monosymptomatischer Beginn	polysymptomatischer Beginn
nur sensible Symptome	früh motorische und zerebelläre S
kurze Dauer der Schübe	lang dauernde Schübe
gute Rückbildung der Schübe	schlechte Rückbildung der Schübe
erhaltene Gehfähigkeit	initial zahlreiche Läsionen in der
Erkrankungsbeginn < 35. Lebensjahr	früh pathologische SEP und MEF

62

⁵⁸ LL, S. 5

⁵⁹ LL, S. 6

⁶⁰ LL, S. 5, 6

⁶¹ LL, S. 6

⁶² LL, S. 8

4.5. Therapie

"Die Behandlung des akuten MS-Schubes mit Glukokortikosteroiden (GKS) ist als etablierter Therapiestandard anzusehen."⁶³

"Neben der Immunmodulation und Immunsuppression ist die symptomatische Therapie der Multiplen Sklerose wichtiger Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzepts. Sie beinhaltet sowohl medikamentöse als auch nicht medikamentöse Maßnahmen, wie z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, psychologische Therapie einschließlich der multimodalen Rehabilitation. Ziel der symptomatischen MS-Therapie ist es, die funktionellen Fähigkeiten der Patienten, die durch einzelne oder eine Kombination von Symptomen eingeschränkt sind, wiederherzustellen, zu verbessern, eine Verschlechterung zu verlangsamen sowie mögliche Komplikationen dieser Symptome zu vermeiden. Insgesamt soll damit eine Steigerung der Lebensqualität der MS-Betroffenen erzielt werden.

Funktionell besonders einschränkende und im Krankheitsverlauf häufige Symptome der MS sind Spastik und Muskelschwäche, Schmerzen und Sensibilitätsstörungen, Einschränkungen der Blasen-, Darm- und sexuellen Funktionen, Ataxie und Tremor, kognitive Störungen, Fatigue, Depression sowie Dysphagie und Dysarthrie. Daneben können sehr zahlreiche weitere Symptome auftreten. Das Vorliegen eines oder mehrerer dieser Symptome kann eine stationäre Akutbehandlung, eine stationäre oder ambulante Rehabilitation oder auch funktionelle ambulante Einzelbehandlungen erforderlich machen."⁶⁴

"Ausdauertraining niedriger bis mäßiger Intensität wird generell gut vertragen und bewirkt eine Verbesserung der aeroben Kapazität, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Stimmung und einer möglicherweise vorliegenden Depression, nicht jedoch der funktionellen Kapazität, gemessen als Ganggeschwindigkeit (Khan et al. 2007). Auch die Verträglichkeit eines Widerstandstrainings ist gut. Es verbessert die Muskelkraft sowie wahrscheinlich auch funktionelle Fähigkeiten wie das Aufstehen, das Gehen und das Treppensteigen."⁶⁵

⁶³ LL, S. 12

⁶⁴ LL, S. 41

⁶⁵ LL, S. 42

4.5.1. Therapie von Ataxie und Tremor

"Stand- und Gangataxie, Dysmetrie und Tremor schränken die Mobilität der Patienten und seine Selbstständigkeit bei alltagsrelevanten Tätigkeiten, im Haushalt sowie bei der Ausübung von Beruf und Hobbys oft erheblich ein."⁶⁶

"Mittels Kühlung eines betroffenen Arms über 15 Minuten werden Amplitude und Frequenz des Tremors für 30 Minuten oder länger verringert, sodass Patienten in dieser Zeit feinmotorische Tätigkeiten leichter durchführen können (Feys et al. 2005). Physiotherapie und Ergotherapie können ebenfalls zu einer besseren Bewältigung alltagspraktischer Tätigkeiten beitragen (Jones 1996)."⁶⁷

4.5.2. Therapie der Fatigue

"Das Fatigue-Syndrom bezeichnet eine abnormal erhöhte Erschöpfbarkeit, unter der 60–90 % der MS- Betroffenen leiden und die bereits frühzeitig im Krankheitsverlauf auftreten kann. Mit knapp 50 % ist sie sogar das häufigste Symptom der MS in dieser Patientengruppe (Stuke et al. 2009). Häufig beeinflusst die Fatigue die körperliche und/oder geistige Leistungsfähigkeit derart, dass Alltag und berufliche Anforderungen nicht mehr bewältigt werden können und die Lebensqualität erheblich eingeschränkt ist. Konzeptionell lässt sich die MS-assoziierte Fatigue auf mehreren Ebenen und Dimensionen beschreiben: So existiert neben der subjektiven Wahrnehmung einer erhöhten Erschöpfbarkeit eine objektivierbare Abnahme der Leistungsfähigkeit, neben einer nahezu ständig vorhandenen Energie- und Antriebslosigkeit („Trait“-Variable) gibt es eine Ermüdbarkeit, die im Verlauf stärker wird („State“-Variable). Von der körperlichen Erschöpfbarkeit kann auch eine mentale („kognitive“) Fatigue abgegrenzt werden (Kos et al. 2008).

Die Ursachen der Fatigue sind weitgehend ungeklärt und wahrscheinlich multifaktoriell. Wichtig ist zunächst, sekundäre Ursachen wie Depressionen, Anämie, Schilddrüsenfunktionsstörungen oder Schlafstörungen auszuschließen bzw. zielgerichtet zu behandeln (Kos et al. 2008). Die primäre, MS- bedingte Fatigue ist zu Schädigungen des motorischen Kortex bzw. der Basalganglien korreliert, aber auch zu endokrinen und kardiovaskulären Faktoren, immunologischen Parametern und Aufmerksamkeitsstörungen (Flachenecker 2009)."⁶⁸

⁶⁶ LL, S. 44

⁶⁷ LL, S. 45

⁶⁸ LL, S. 45/46

"Die Therapie besteht in erster Linie aus nicht medikamentösen Maßnahmen. Aerobes Ausdauertraining auf dem Ergometer oder dem Laufband bzw. Widerstandstraining haben sich als wirkungsvoll erwiesen (Neill et al. 2006), wenngleich die Evidenz inkonsistent und insgesamt nur unzureichend ist (Rietberg et al. 2005). Mehrere kleine, kontrollierte Studien deuten darauf hin, dass Energie-Management-Programme mit Prioritätensetzung, Tagesstrukturierung und Einhalten regelmäßiger Pausen die Fatigue reduzieren können (Flachenecker 2012). Bei wärmeempfindlichen Patienten kann Kühlung, z.B. durch eine Klimaanlage, kaltes Duschen oder das Tragen einer Kühlweste hilfreich sein. Yoga und Entspannungstraining haben zwar in einzelnen Studien Effekte gezeigt (Flachenecker 2012), die Ergebnisse sind aber inkonsistent, sodass eine generelle Empfehlung nicht gegeben werden kann. Unterstützend können psychologische Interventionen wie eine kognitive Verhaltenstherapie, Gruppenangebote oder Selbstmanagement-Programme eingesetzt werden (Neill et al. 2006)."⁶⁹

4.5.3. Therapie kognitiver Störungen

"Kognitive Störungen schränken Lebensqualität, berufliche Leistungsfähigkeit und soziale Funktionsfähigkeit erheblich ein und kommen bei 40–65 % der MS-Erkrankten vor (Mattioli et al. 2010b). Sie sind unabhängig von körperlicher Behinderung oder Verlaufsform, können bereits frühzeitig im Krankheitsverlauf auftreten, sind mit kortikaler Atrophie korreliert und manifestieren sich eher mit interindividuell unterschiedlichen, umschriebenen Defiziten als mit einem generellen Abbau kognitiver Funktionen. Die häufigsten Beeinträchtigungen sind Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, verzögerte Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, eingeschränkte Exekutivfunktionen und Gedächtnisstörungen, wobei sich hinter den subjektiv beklagten Gedächtnisstörungen oftmals Aufmerksamkeitsstörungen verbergen; demenzielle Entwicklungen oder Sprachstörungen sind selten (Langdon 2011). Während Kortikosteroide eine transiente (maximal 6 Monate anhaltende) Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit bewirken können, scheint die Immuntherapie nicht nur den körperlichen Zustand, sondern auch kognitive Funktionen stabilisieren zu können (Tumani u. Uttner 2007). Die therapeutischen Möglichkeiten bestehen grundsätzlich in einem störungsspezifischen kognitiven Training, der Vermittlung von Kompensationsstrategien, einer begleitenden Psychotherapie mit Angehörigenberatung sowie einer medikamentösen Therapie.

⁶⁹ LL, S. 46

Während in einer früheren, systematischen Übersicht aufgrund der heterogenen Studienlage keine Empfehlung für ein spezifisches Aufmerksamkeitstraining gegeben werden konnte (O'Brien et al. 2008), sind seitdem einige (allerdings kleinere) kontrollierte Studien erschienen, die ein intensives und spezifisches Aufmerksamkeitstraining als nützlich erscheinen lassen (Mattioli et al. 2010a, Mattioli et al. 2010b).

In ähnlicher Weise waren Exekutivfunktionen, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und⁷⁰ Gedächtnis nach einem 4- bis 12-wöchigen Training zumindest partiell verbessert. Die positiven Effekte hielten teilweise für 6–12 Monate an (Brenk et al. 2008, O'Brien et al. 2008, Fink et al. 2010, Mattioli et al. 2010a, Mattioli et al. 2010b). Obwohl auch ein unspezifisches Training wirksam sein kann (Brenk et al. 2008), scheint in der überwiegenden Zahl der Untersuchungen jedoch ein störungsspezifisches Training notwendig zu sein. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer umfassenden, neuropsychologischen Diagnostik zur Charakterisierung von Art und Ausmaß der kognitiven Einschränkungen. Die Vermittlung von Kompensationsstrategien und eine begleitende Psychotherapie erscheinen erfolgversprechend, um mit den kognitiven Störungen besser umgehen zu können (O'Brien et al. 2008)."⁷¹

4.5.4. Therapie von Blasenstörungen

"Blasenstörungen sind häufige Komplikationen der MS. In Abhängigkeit von Diagnosekriterien und Erkrankungsbeginn ergibt sich eine Prävalenz von 32–97 % (de Seze et al. 2007). Bei bis zu 14 % der Patienten sind Blasenstörungen sogar das Erstsymptom (Phadke 1990). Die psychosozialen Krankheitsfolgen sind schwerwiegend, die Einschränkung der Lebensqualität wird von Patienten als hoch eingestuft (Hemmett et al. 2004). Neurogene Blasenstörungen bei MS können unterteilt werden in Detrusor-Hyperreflexie, Detrusor-Hyporeflexie und Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie. Symptome können Drangsymptome, Inkontinenz sowie Harnverhalt sein."⁷²

"Bei MS-Patienten ohne Blasenbeschwerden sollte eine gezielte Anamnese zum Miktionsverhalten, zur Kontinenz und zu Harnwegsinfekten erfolgen."⁷³

"Entgegen der weitverbreiteten Empfehlung, auf ausreichende oder übermäßige Trinkmengen zu achten, kann bei Patienten mit überaktiver Blase eine gezielte Reduktion der Trinkmenge um 25 % die Miktionsfrequenz, die Drangsymptomatik und die Nykturie bedeutsam reduzieren und damit die Lebensqualität steigern (Hashim u. Abrams 2008). Empfohlen werden Trinkmengen von 1–2 Liter pro Tag.

⁷⁰ LL, S. 47

⁷¹ LL, S. 48

⁷² LL, S. 48

⁷³ LL, S. 49

Beckenbodentraining mit und ohne Elektrostimulation sowie EMG-Biofeedback sind wirksame nicht medikamentöse Verfahren zur Behandlung von Blasenstörungen (Wang et al. 2004). Die besten Effekte werden in der kombinierten Anwendung der Verfahren erzielt (McClurg et al. 2006)."

4.5.5. Therapie der sexuellen Dysfunktion

"Störungen der Sexualität bei MS sind nicht nur ein individuelles Problem der Patienten, sondern führen oft auch zu erheblichen Partnerschaftskonflikten. Durch die häufige Manifestation der MS in einer sexuell zumeist sehr aktiven Lebensspanne ergeben sich zusätzliche Probleme für die Familienplanung und die Lebensqualität (Rieckmann et al. 2004).

Sexuelle Störungen treten im Verlauf der MS bei bis zu 80 % aller Betroffenen auf, bei Männern (75 %) häufiger als bei Frauen (ca. 50 %). Frauen berichten zumeist über Störungen der Orgasmusfähigkeit, z.B. aufgrund herabgesetzter Sensibilität im Genitalbereich, über eine verminderte Lubrikation in der Scheidenregion mit daraus resultierenden Schmerzen beim Verkehr oder eine verminderte Libido. Bei Männern liegen meist eine erektile Dysfunktion, eine zu frühe oder fehlende Ejakulation oder nachlassende Libido vor. Die sexuellen Dysfunktionen werden in primäre (Störungen der Libido, der Orgasmusfähigkeit, genitale Sensibilitätsstörungen, erektile Dysfunktion), sekundäre (Einschränkungen durch begleitende Symptome, z.B. Harninkontinenz, Anlage einer suprapubischen Harnableitung, Spastik, Fatigue, Einfluss von Medikamenten) und tertiäre Störungen (psychische Reaktionen auf die MS und die einzelnen Symptome, Stimmung, Beziehung zur Partnerin/zum Partner, etc.) eingeteilt. Die Therapie sexueller Funktionsstörungen beinhaltet psychotherapeutische Verfahren, medikamentöse sowie nicht medikamentöse bzw. invasive Therapien."⁷⁴

EMS-Training kann ein interessanter Weg sein, um die Beckenboden-Muskulatur zu aktivieren und ggfs. so einen positiven Beitrag zu leisten.

⁷⁴ LL, S. 51

4.6. Studien

Nat Rev Neurol. 2012 Nov 5;8(11):602-12. doi:
10.1038/nrneurol.2012.198. Epub 2012 Oct 9.

The initiation and prevention of multiple sclerosis.

Ascherio A, Munger KL, Lünemann JD.

Source: Department of Nutrition, Harvard School of Public Health,
Boston, MA 02115, USA. aascheri@hsph.harvard.edu

Abstract

Although strong genetic determinants of multiple sclerosis (MS) exist, the findings of migration studies support a role for environmental factors in this disease. Through rigorous epidemiological investigation, Epstein-Barr virus infection, vitamin D nutrition and cigarette smoking have been identified as likely causal factors in MS. In this Review, the strength of this evidence is discussed, as well as the potential biological mechanisms underlying the associations between MS and environmental, lifestyle and dietary factors. Both vitamin D nutrition and cigarette smoking are modifiable; as such, increasing vitamin D levels and smoking avoidance have the potential to substantially reduce MS risk and influence disease progression. Improving our understanding of the environmental factors involved in MS will lead to new and more-effective approaches to prevent this disease.

Zusatzhandouts (separat): Demenz / Alzheimer / Parkinson