

MMW

Fortschritte der Medizin

Sonderdruck

MMW-Fortschr. Med. 145 (2003), 253–255

Das ärztliche Gespräch mit depressiven Patienten

**Vertrauen schaffen
und Hoffnung vermitteln**

VON J. WETTIG

URBAN & VOGEL

MEDIEN UND MEDIZIN VERLAGSGESELLSCHAFT

Das ärztliche Gespräch mit depressiven Patienten

Vertrauen schaffen und Hoffnung vermitteln

VON J. WETTIG

Oft hat sich ein depressiver Patient schon wochenlang alleine herumgequält, bevor er zum ersten Mal in Ihre Praxis kommt und Ihnen – statt des eigentlichen Problems – Schmerzen und körperliche Beschwerden schildert. Geschäftige Eile und überbetonte Sachlichkeit könnten ihn nun verschrecken. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist auch längerfristig für die erfolgreiche Behandlung von entscheidender Bedeutung.

Depressive Störungen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen. 10% der Deutschen erkranken einmal oder mehrmals im Leben an einer schweren depressiven Episode (Major Depression, früher endogene Depression) [1]. 15% aller von einer schweren Depression Betroffenen nehmen sich im weiteren Verlauf das Leben [7]. Die WHO schätzt die unipolare Major Depression als die häufigste Erkrankung in den entwickelten Ländern [1].

Die Komorbidität mit Persönlichkeits-, Angst- und Suchterkrankungen ist hoch. Bis zum Beginn einer qualifizierten Therapie vergehen oft Jahre. Bei im Vordergrund stehender Somatisierung werden häufig monatelang unterschiedliche fachärztliche Untersuchungen veranlasst. Depressive Störungen sind überwiegend rezidivierende oder chronisch verlaufende Erkrankungen. Die Früherkennung und Rückfallprophylaxe ist von großer Bedeutung. Der Hausarzt als erste Anlaufstelle hat die größte Versorgungsaufgabe.

Depressionen beeinträchtigen die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit fundamental. Nach geltendem Standard soll eine Major Depression als Ersterkrankung auch nach Besserung mindestens sechs Monate weiterbehandelt werden [3].

„Die Überempfindlichkeit, welche die Krankheit mit sich bringt, und die Abhängigkeit, in der man sich befindet, geben allen Äußerungen des Arztes besondere Bedeutung“ (aus: P. C. Kuiper: Seelenfinsternis).

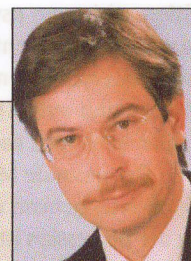
Sind bereits mehrere depressive Episoden abgelaufen, beträgt die Behandlungsdauer mindestens ein Jahr, wobei die Dosis des Antidepressivums nicht gesenkt werden

sollte [3]. Wird die Erkrankung rechtzeitig erkannt, bestehen bei professioneller Therapie gute Heilungschancen. Bei 70% der Patienten kann die Episodendauer entscheidend verkürzt werden [1]. Die prophylaktische Behandlung

senkt die Wahrscheinlichkeit, erneut zu erkranken, um 60–80% [1].

Beschwerdekomplex

Die meisten depressiven Patienten thematisieren während des Erstgesprächs vor allem körperliche Beschwerden [6], weil sie ihren Zustand oft als persönliches, schuldhaftes Versagen und nicht als Erkrankung erleben. So werden vor den Leitsymptomen Niedergeschlagenheit und Interessenverlust vielmehr Müdigkeit, Energieverlust und Schlafstörungen zuerst genannt [6]. Spezifisch depressive Symptome wie Schuldgefühle, nicht auslenkbarer Affekt, Tagesschwankungen mit Morgentief, depressiver Wahn, Suizidalität oder ein phasenhafter Verlauf mit früheren depressiven Episoden unterstreichen die sofortige Behandlungsnotwendigkeit.



Dr. med. J. Wettig
Leitender Abteilungs-
arzt, ZSP Rheinblick,
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Eichberg, Eltville am
Rhein

Da viele Patienten die Symptomatik nicht von sich aus schildern, muss der Arzt gezielt fragen. Dabei sind auch Todeswünsche bzw. frühere Suizidversuche zu eruiieren. Die Depression ist ein eindeutiges Beispiel für eine biopsychosoziale Erkrankung, in der sich genetische Vulnerabilität und negative Lebenserfahrungen miteinander verbinden und in eine neurobiologische Endstrecke münden [7].

Wichtige Stressoren sind berufliche Überlastung und vermeintliche Ungerechtigkeiten durch andere oder das Leiden unter einer Person bzw. Partnerbeziehung. Daraus resultiert Unzufriedenheit mit einer Situation oder Angst, mit dieser nicht fertig zu werden.

Wesentlich sind auch Verlustsituationen durch Tod eines Angehörigen, Auszug der Kinder, Trennung, Scheidung, Geschäfts- oder Berufsaufgabe [13]. Zu bedenken sind ferner Entwurzelung (Vertreibung, Flucht, Umsiedlung) oder besonders belastende Erlebnisse in der frühen Vorgeschichte bzw. Kindheit. Schließlich kann auch das „ungelebte Leben“ seelisches Leid erzeugen. Hat ein Mensch in seiner Vergangenheit etwas unwiderruflich versäumt, so kann dies die weitere Biografie bestimmen und einengen (z. B. unerfüllter Kinderwunsch, Partnerwunsch) [10].

Arzt-Patienten-Beziehung

Der depressive Patient sucht den Arzt möglicherweise erst auf, nachdem er sich wochenlang erfolglos bemüht hat, alleine mit seinem Problem fertig zu werden. Sein

Selbstwertgefühl ist nachhaltig erschüttert, da er sich als psychisch krank und hilflos erlebt. Oft ist dann die Schilderung von Schmerzen und körperlichen Beschwerden noch der gangbarste Weg, mit dem Arzt ins Gespräch zu kommen. Trotz diverser Fallgruben muss nun die richtige Diagnose gestellt werden. Hindernisse sind die Stigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen, die eine entsprechende Thematisierung erschweren, das Zeitbudget des Arztes und evtl. Therapieunsicherheit. („Man behandelt das, was man kennt.“)

Der gesunde Mensch kann seine Affekte weit gehend rational kontrollieren. In der Depression ist diese Form der Kontrolle ausgeschaltet, der negative Affekt verselbstständigt sich. Der Patient ist orientierungslos, sieht seine Situation als ausweglos an, versteht sich selbst nicht mehr. Aus dem Gefühl, „nicht mehr normal zu sein“, erwächst auch eine soziale Isolation. Wird die Erkrankung von engen Bezugspersonen nicht verstanden, fühlen sich auch diese hilflos oder reagieren ablehnend. Die Depression erschüttert das dem Menschen ureigene Bindungsbedürfnis. So kann der Grundstein zur Suizidalität gelegt werden [4].

Abwehrmechanismen außer Kraft gesetzt

Psychisch Gesunde sind durch ihre stabilen Abwehrmechanismen (z. B. Verdrängung, Rationalisierung) in der Lage, vorübergehende Unlustgefühle wie Traurigkeit oder Angst zu überwinden. Über die möglichst rasche Unlustvermeidung aus eigener Kraft heraus erreichen sie wieder die nötige Gelassenheit, die die Grundlage für Leistungs- und Genussfähigkeit darstellt. In der Depression kehrt sich dieses Potenzial ins Gegenteil um, wobei den Patienten vor allem die Frage bewegt, ob die anhedone Leere je wieder enden wird.

Um seine therapeutischen Bemühungen wirksam zu entfalten, benötigt der Arzt vom Patienten einen Vertrauensvorschuss. Dabei sind bereits nonverbale Faktoren von Bedeutung. Gerade beim Erstkontakt wirken sich geschäftige Eile, Vernachlässigung des Blickkontaktes und überbetonte Sachlichkeit negativ aus [15].

Dem Patienten sollte frühzeitig ein Krankheitsmodell vermittelt werden, z. B.

die „Stoffwechselstörung“, die sich in der depressiven Symptomatik äußert und analog eines Diabetes oder einer Hypertonie effektiv pharmakologisch behandelt werden kann [3]. Informationen zum Krankheitsverständnis, zu Therapiemöglichkeiten und zur Selbsthilfe wirken sich positiv auf das Bedürfnis des Patienten nach Orientierung und Kontrolle aus [4]. Auch wenn er krankheitsbedingt immer wieder seine resignierende Haltung einnimmt, sollte der Arzt unermüdlich Hoffnung auf Wiedergesundung vermitteln.



Foto: Corbis

Müdigkeit, Energieverlust und Schlafstörungen: Steckt eine Depression dahinter?

Der psychodynamische Einfluss einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung wurde von M. Balint 1957 eindrucksvoll mit der „Droge Arzt“ beschrieben [14]. Menschen lassen sich stark von Prognosen leiten. So kann etwa die Prognose „Wir werden es gemeinsam schaffen“ die Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen Bewältigung allein durch Aussprechen erhöhen, sofern „die Chemie“ zwischen Arzt und Patient stimmt. Dieses vom Arzt ausgehende suggestive Potenzial wurde von Watzlawik 1981 als „Self-fulfilling Prophecy“ beschrieben [14]. Sofern der Patient auch nur tendenziell positive Wahrnehmungen angibt, müssen diese vom Arzt als Erfolgserlebnis konsequent verstärkt werden. Dabei hilft die Suche nach individuellen Ressourcen, die als Motor der Gesundung dienen können.

Wesentlich ist auch die Integration nahe stehender Bezugspersonen, sofern der Patient damit einverstanden ist. Durch Aufklärung von Angehörigen wird deren Aufmerksamkeit gegenüber Risiken erhöht und Verständnis für die Erkrankung erzielt. Schließlich muss der Arzt dem Patienten auch die Mobilisierung sozialer Unterstützung in Aussicht stellen. Nicht selten sind Probleme in den Bereichen Wohnen und Arbeit mitauslösend für die Entwicklung der Depression.

Im Gespräch mit depressiven Patienten nimmt der Arzt grundsätzlich eine stützende Haltung ein. Der Patient muss zur längerfristigen Mitarbeit motiviert werden. Es sind überschaubare, in kleinen Schritten erreichbare Ziele zu besprechen. Der Depressive benötigt feste Vereinbarungen und engmaschige, zuverlässige Termine. Dabei wird er auch auf Wirkung, Wirksamkeit und mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten vorbereitet.

Psychopharmaka – vom Patienten oft abgelehnt

Für die Depressionsbehandlung stehen heute selektiv wirksame und gut verträgliche Substanzen zur Verfügung, die in der Regel als Einmaldosis verabreicht werden (z. B. Sertralin, Venlafaxin, Mirtazapin) [5]. Dennoch lehnen viele Patienten diese ab. Der Arzt sollte dieses misstrauische Verhalten nicht als Boykott oder persönliche Beleidigung auffassen, sondern weiter geduldig und sachlich informieren.

Über 30% der vom Hausarzt verordneten Medikamente werden nicht eingenommen und 93% der Patienten halten sich nicht an die Behandlungsempfehlungen [14]. So werden vor allem Psychopharmaka oft als invasive, unkontrollierbare und potenziell verletzend, fremde Stoffe erlebt [7]. Wurden bereits früher Nebenwirkungen bemerkt, ist die Angst umso größer. Auch die Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung wird oft pauschal auf Antidepressiva übertragen und der Patient akzeptiert dann allenfalls pflanzliche Mittel. Ist eine Substanz schließlich über einige Zeit appliziert worden, setzen Patienten sie mit der pseudologischen Begründung ab, sie hätten ihre chronische Erkrankung durch Weglassen der Medikation endgültig überwunden [7].

Grundsätzlich wird die Diskussion über Pharmaka im Arzt-Patienten-Gespräch breiten Raum einnehmen. Der Arzt muss wissen, dass Patienten mit neurotischem Potenzial das Medikament auch als Medium einsetzen, um darüber etwas ganz anderes auszudrücken. So können Klagen über Nebenwirkungen oder ausbleibende Wirkung – auch nach unterschiedlichsten Therapieversuchen – symbolisch Klagen über eine enttäuschende Beziehung zum Arzt sein [7].

Psychopharmaka entfalten eine sehr unterschiedliche individualspezifische Wirkung, die stark von der Konstitution des Einzelnen abhängig ist. Es sind auch paradoxe Effekte zu beobachten. Bei Behandlungsbeginn ist nicht unbedingt klar, wer auf welche Dosis welcher Substanz reagiert. Wichtig ist z. B., ob der Patient früher einmal erfolgreich mit einem Antidepressivum behandelt worden ist.

Der klinische Wirkerfolg von Psychopharmaka lässt sich nur schwer objektivieren. Die Korrelation zwischen der Blutplasmakonzentration und der psychischen Wirkung ist besonders bei den Antidepressiva und Neuroleptika völlig unzureichend [14]. Psychometrisch sind das Selbsturteil des Patienten, das die Befindlichkeit abbildet, und das Fremdurteil (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige), welches das Patientenverhalten erfasst, heranzuziehen [14].

Tiefenpsychologie, Gesprächs- und Verhaltenstherapie

Bei der schweren depressiven Episode hat die Kombination von medikamentöser mit differenzierter Psychotherapie die besten Erfolgsaussichten [7]. Zur Stimmungsaufhellung, Angstlösung und psychomotorischen Aktivierung werden tiefenpsychologische, gesprächs- und verhaltenstherapeutische Verfahren angewendet.

Rogers, Begründer der Gesprächstherapie, sieht in der therapeutischen Beziehung den entscheidenden Wirkfaktor [2]. Im Mittelpunkt steht hier der Mensch mit seinen Ressourcen: motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Werte, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Beziehungen, physische Merkmale oder auch materielle Möglichkeiten [4]. Die Qualität der Gesprächspsychotherapie basiert auf emphatischem

Verstehen, Wertschätzung und Echtheit des Therapeuten gegenüber den Patienten.

Tiefenpsychologisch wird die Symptomatik als Symbol für einen überdauernden unbewussten Konflikt oder einen strukturellen Ich-Defekt angesehen [12]. Die Diagnostik ist von der Therapie nicht eindeutig zu trennen. Die eingeschlagene Therapierichtung und Deutung der Symptome ist erheblich der Subjektivität des Therapeuten unterworfen. Grundlage jeder tiefenpsychologischen Behandlung ist die Annahme der langfristigen Wirksamkeit frühkindlicher Erfahrungen [12].

Beste Effektivität

Die kognitive Verhaltenstherapie ist bezüglich der Effektivität am besten untersucht. Da die Patienten oft unter Gefühlen von Schuld und Versagen leiden, resultieren daraus fehlangepasste Überzeugungen, die auf alle Lebenssituationen regelhaft übertragen werden [6]. In der Verhaltenstherapie geht es um das Aufdecken dieser automatischen Gedanken, um kognitives Neubenennen und das Finden gedanklicher Alternativen. Auch die Bewältigung von anhaltender negativer, depressiver Stimmung soll erlernt werden. Wichtige Elemente sind Aktivitätsaufbau mit Selbstverstärkung (z. B. Tages- und Wochenprotokolle), Förderung von Ressourcen sowie soziales Kompetenztraining.

Patienten mit großem Anlehnungsbedürfnis, die sich gerne führen lassen, haben Schwierigkeiten mit nondirektiven Angeboten (z. B. tiefenpsychologische Verfahren). Umgekehrt lehnen Patienten mit

starkem Autonomiestreben oft ein directives Vorgehen ab (Verhaltenstherapie) [4]. Bei schweren Störungen ist immer eine strukturierende, psychagogische Haltung angezeigt [11]. Nicht selten ist je nach Erkrankungsverlauf und Primärpersönlichkeit ein Methoden übergreifendes psychotherapeutisches Vorgehen sinnvoll. Grundlegend ist die Qualität der therapeutischen Beziehung, die gute Selbstkenntnisse des Therapeuten voraussetzt [2].

Summary: Talking to Depressive Patients. Rapport, Recommendations, Remedies

Early detection and institution of prophylactic measures to prevent the return of the predominantly chronically recurrent depressive disorders can considerably improve the outcome. For the family doctor as the source of initial treatment, this means a major responsibility (task) in the management of such patients. Severe depression fundamentally impairs quality of life and the performance of those so affected. The most effective treatment is considered to be a combination of medication and appropriate psychotherapy. In order to be able to develop the necessary therapeutic measures, the patient needs to have a certain prior store of trust in the physician. The expectations of the patient in the treatment are determined by the atmosphere generated by the doctor during the initial consultation. If he can combine the necessary empathy with clearly understandable information, he has an optimal basis for success.

Keywords: Depression – Doctor-Patient Relationship – Treatment

Literatur

1. Carl, G.: Depression und Suizidalität. Neurotransmitter Sonderheft 1 (2001), 55–57.
2. Federsmidt, H.: Wirksamkeit und Nutzen von psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. Deutsches Ärzteblatt 93 (1996), 41–45.

ZUSAMMENFASSUNG MMW-Fortschr. Med. 145 (2003), 253–255

Die Früherkennung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen als überwiegend chronisch rezidivierende Erkrankungen verbessert erheblich die Prognose. Für den erstbehandelnden Hausarzt ergibt sich somit eine große Versorgungsaufgabe. Die Major Depression beeinträchtigt Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Betroffenen fundamental. Als wirksamste Behandlung gilt die Kombination von Medikation mit differenzierter Psychotherapie. Um notwendige Therapiemaßnahmen entfalten zu

können, benötigt der Arzt vom Patienten einen Vertrauensvorschuss. Die Erwartungen des Patienten an die Therapie werden durch die Atmosphäre bestimmt, die der Arzt im Erstgespräch erzeugt. Gelingt es ihm, die nötige Empathie mit verständlicher Information zu verbinden, so hat er die besten Erfolgsaussichten.

Titel: Das ärztliche Gespräch mit depressiven Patienten. Beziehung, Beratung und Behandlung

Schlüsselwörter: Depression – Arzt-Patienten-Beziehung – Therapie