

Depression: Betroffene vom Joch des Stigmas befreien

Wie kommt es, dass nur ein Drittel der depressiv erkrankten Menschen auch behandelt wird? Warum vergehen nach dem Auftreten der ersten Symptome zwei bis sieben Jahre bis zum Behandlungsbeginn? Wieso sterben in der Schweiz über dreimal mehr Menschen an Suizid als im Verkehr?

Hans Kurt

Dr. med., Facharzt FMH
Psychiatrie und Psychotherapie,
Präsident Schweiz. Gesellschaft
für Psychiatrie und Psycho-
therapie (SGPP)

Auszug aus einem Referat, gehalten an der Fachtagung 2011 der Werner Alfred Selo Stiftung*.

Ein grosses Problem bei der Depressionsbehandlung ist die Stigmatisierung psychischer Krankheiten. Um die Früherkennung und rechtzeitige Therapie von Depression zu ermöglichen, müssen auch wir Ärzte uns gegen Stigma und Diskriminierung engagieren.

Depressive Erkrankungen haben sich zu einer der häufigsten Erkrankungen im 21. Jahrhundert entwickelt. Gemäss den Prognosen der WHO werden psychische Erkrankungen, insbesondere depressive Störungen, bis ins Jahr 2030 die grösste Krankheitslast mit sich bringen (gemessen an DALYs – disability-adjusted life years) [1]. In einer vor kurzem durchgeführten europäischen Umfrage wurden frühere Untersuchungsergebnisse bestätigt: Über ein Drittel der in der Schweiz befragten Personen gab an, dass sie bereits an einer Depression gelitten hätten, und über 75 Prozent der Befragten kannten einen Menschen in ihrer Umgebung, der an einer Depression litt [2]. Es kann davon ausgegangen werden, dass im Verlauf eines Jahres gut 5 Prozent der Schweizer Bevölkerung – d. h. 400 000 Menschen – an einer Depression erkranken [4]. Jährlich nehmen sich in unserem Land 1300 bis 1400 Menschen das Leben, meistens wegen schwerer Depressionen [5]. Von weitreichender Bedeutung ist, dass 15 bis 20 Prozent der depressiven Erkrankungen einen chronischen Verlauf nehmen und über die Hälfte der Depressionen mehr als einmal, d. h. in mehreren Episoden, auftritt.

Verschwiegenes Leid

Seit vielen Jahren ist belegt, dass sich depressive Erkrankungen mit einer adäquaten Behandlung gut heilen lassen und ein chronischer Verlauf oft verhindert werden kann. Dies führt dazu, dass Patienten ihr Leben weiter geniessen können, dass

Korrespondenz:
Dr. med. Hans Kurt
Gruppenpraxis Weststadt
Bielstrasse 109
4500 Solothurn
kurt@solnet.ch

Dépression: libérer les personnes concernées du joug du stigmaté

Les dépressions sont devenues l'une des maladies les plus fréquentes du XXI^e siècle – selon l'OMS, elles occasionneront d'ici 2030 la plus grosse charge de morbidité. Les médecins que nous sommes sont tenus de déceler et de traiter les maladies dépressives. Pour pouvoir y parvenir avec succès et prévenir toute chronicisation, il faut des connaissances et des informations non seulement entre les médecins, mais aussi parmi la population, les patients et leurs proches. Car la stigmatisation et l'ignorance empêchent de demander une aide spécialisée adéquate. Les dépressions et maladies psychiques se caractérisent par une certaine honte de la part des personnes concernées, honte qui, associée à un manque de connaissances, complique la mise en place du traitement ou entraîne des interruptions de ce dernier. Les processus de stigmatisation sont une contrainte supplémentaire pour les patients et leurs proches. Ils peuvent pratiquement superposer la maladie psychique proprement dite en tant que maladie comorbide, et même la renforcer. C'est justement à nous, médecins, qu'il revient de prendre les stigmates au sérieux et de les combattre. Nous sommes appelés à remédier au manque de connaissances et aux préjugés largement répandus sur les personnes dépressives, et à nous élever contre la mise à l'écart et la discrimination.

* Die Werner Alfred Selo Stiftung um die Gründerin Marylou Selo engagiert sich seit über 15 Jahren für die Erforschung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen im Bereich Depression und affektive Störungen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Komorbidität bei Migräne und Kopfschmerz. Die Stiftung engagiert sich für Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit im Bereich dieser weitverbreiteten Krankheitsbilder und fördert Initiativen, die Betroffenen und ihrem Umfeld Hilfe zur Selbsthilfe bieten. www.selofoundation.ch

Komorbidität bei Migräne

Eine Reihe von Gesundheitsstörungen tritt bei Migränikern gehäuft auf, verglichen mit der Normalbevölkerung – im Sinne einer Komorbidität. Dazu zählen Epilepsie, das Restless Legs Syndrom, Schwindelerkrankungen, Hirn- und Herzdurchblutungsstörungen sowie Asthma und Allergien, aber auch psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen und Angst. Letztere sind bei Migränepatienten gehäuft, aber auch das Umgekehrte gilt: Migräne ist häufiger bei Angst- und Depressionspatienten. Es handelt sich also um eine bidirektionale Komorbidität [1].

Depressivität in der Attacke kann belastender sein als der Kopfschmerz

Nicht nur zwischen den Migräneattacken, sondern auch während der eigentlichen Migräneepisode können Gefühle der Angst und der Depressivität manchmal sogar in den Vordergrund des Leidens treten, sodass der Patient sie sogar als schlimmer wahrnimmt als die Kopfschmerzen oder Begleiterscheinungen wie Licht- und Lärmscheu. Wichtig ist, dass solche kurzdauernden psychischen Störungen in der Regel, ähnlich wie die Kopfschmerzen und die Sinnesüberempfindlichkeit, durch die üblichen Attackemedikamente (z. B. NSAR und Triptane) behandelbar sind. Eine Behandlung von Angstsymptomen im Migräneanfall, z. B. mit Benzodiazepinen, ist somit nicht nur aufgrund der Substanzeigenschaften nicht empfohlen, sondern auch nicht notwendig.

Komorbiditäten haben auch Vorteile

Komorbiditäten können für den Patienten aber auch Vorteile haben. So werden Krankheiten bei Migräni-

kerinnen, die ja aufgrund ihrer Erkrankung früher und regelmässiger den Arzt besuchen, oftmals auch früher entdeckt, und mögliche negative Gesundheitsfolgen können dadurch verhindert werden («Detection bias»). Diesen speziellen Bias können Ärzte systematisch bei Patienten nutzen, die ansonsten vermeintlich nur Nachteile ihrer chronischen Erkrankungen haben. Auch bei der Behandlung komorbider Erkrankungen können Vorteile erzielt werden. So ist es möglich, mit bestimmten Medikamenten gleichzeitig evidenzbasiert die Migräne zu behandeln sowie beispielsweise Angst oder Depression wirksam zu bekämpfen. Man schlägt dann gewissermassen «zwei Fliegen mit einer Klappe» und kann statt der üblichen negativen Nebenwirkungen eines Medikamentes in einem solchen Fall positive Nebenwirkungen verbuchen. Dass unter solchen Umständen die medikamentöse Adhärenz des Patienten grösser ist, versteht sich von selbst.

Vor diesem Hintergrund erscheint es besonders gute ärztliche Praxis zu sein, bei einer Erkrankung wie Migräne, die mit vielen verschiedenen Substanzen behandelt werden kann, aus den oben genannten Gründen konsequent nach Komorbiditäten zu «fahnden» und diese, wo immer möglich, mitzubehandeln.

PD Dr. med. Péter S. Sándor, Leitender Arzt Neurologie, RehaClinic Bad Zurzach, Kantonsspital Baden, Präsident Schweizerische Kopfwegesellschaft

1 Schoenen J, Dodick DW, Sándor P (Hrsg.). Comorbidity in Migraine. West Sussex: John Wiley & Sons; 2011.

Angehörige entlastet sind und hohe Folgekosten, wie z. B. Berentungen, vermieden werden können. Wie bei anderen Erkrankungen können Prävention und Früherkennung das Auftreten depressiver Erkrankungen verhindern oder den Verlauf der Erkrankung beeinflussen. Wie kommt es aber, dass

Teufelskreis der Ablehnung

Neben den Schwierigkeiten, depressive Krankheiten zu erkennen, eine korrekte Diagnose zu stellen und eine adäquate Behandlung einzuleiten, spielen im Bereich psychischer Erkrankungen – und im Speziellen der Depressionen – Stigma und Dis-

Psychische Erkrankungen sind mit Vorurteilen und Desinformation belastet, was beim gesunden Gegenüber Unsicherheit und Ängste auslöst und so die soziale Isolation des psychisch Kranken noch verstärkt.

nur ein Drittel der depressiv erkrankten Menschen auch behandelt wird? Wie kommt es, dass nach dem Auftreten der ersten Symptome zwei bis sieben Jahre vergehen bis zum Behandlungsbeginn? Und wieso sterben in der Schweiz – im Vergleich zu Verkehrstoten – über dreimal mehr Menschen an Suizid [6]?

kriminierung eine wesentliche Rolle. Die Andersartigkeit eines Menschen, sei es aufgrund z. B. seiner Herkunft oder aber als Folge einer Krankheit, fällt auf. Wird diese Andersartigkeit dann negativ bewertet, kommt ein Stigmatisierungsprozess in Gang, was bei vielen psychische Erkrankungen eintritt. Dabei soll aber nicht vergessen werden,

dass Stigmatisierung nicht einfach so entsteht, sondern dass stets Menschen andere Menschen oder gar sich selber stigmatisieren. Psychische Erkrankungen sind mit Vorurteilen, mangelnden Kenntnissen und Desinformation belastet, was beim gesunden Gegenüber Unsicherheit und Ängste auslöst und damit die soziale Isolation des psychisch kranken Menschen noch verstärkt. Diese Prozesse bilden in Verbindung mit psychischen Symptomen einen Teufelskreis, der zu Diskriminierung und Ausgrenzung führt.

Im Schatten der Scham

In der bereits erwähnten europäischen Umfrage aus dem Jahr 2010 gibt jeder Zehnte an, dass es ihm unangenehm wäre, mit einem betroffenen Freund oder einem Familienmitglied über dessen Depression zu sprechen. Über ein Drittel der an einer Depression erkrankten Menschen hat weder ihrer Familie noch Freunden über die Erkrankung berichtet. Drei Viertel der depressiv erkrankten Menschen gaben an, dass sie sich von ihren Freunden und ihrer Familie zurückgezogen hätten. Als Gründe nannten sie: Angst und Scham (27%), Angst vor dem Unverständnis ihnen nahestehender Personen (18%), Vermeiden einer Belastung der andern (59%) und Nichtwissen, wie man das depressive Leiden schildern soll (25%).

Die Stigmatisierung von Patienten mit einer depressiven Erkrankung hat aber auch einen wesentlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer Behandlung. Aus einer amerikanischen Studie aus dem Jahr 2001 geht hervor, dass Patientinnen und Patienten mit einer Depression, welche die Stigmatisierung wahrnehmen, ihre antidepressive Pharmakotherapie bereits nach drei Monaten von sich aus abbrechen [7]. Eine andere Studie aus Australien beschreibt, dass es 30 bis 45 Prozent der depressiven Patienten als peinlich erleben, Hilfe suchen zu müssen [8]. In einer anderen Untersuchung zeigt sich, dass die Bereitschaft, bei einer Depression Hilfe zu suchen, von der positiven Einstellung und vom Wissensstand über die psychische Krankheit abhängt [9]. Kurzum: Wissensmangel und Stigmatisierung erschweren eine Behandlungsaufnahme und führen zu verfrühten Behandlungsabbrüchen.

Stigma als Folgekrankheit

Aus dem bisher Gesagten wird die Notwendigkeit überdeutlich, sich mit der Stigmatisierung auseinanderzusetzen. Gerade wir Ärzte und Ärztinnen

sollten Stigma ernst nehmen und dagegen ankämpfen. Wir sollten in der Lage sein, fehlendes Wissen und die weitverbreiteten Vorurteile über depressive Menschen abzubauen und uns gegen Ausgrenzung und Diskriminierung zu engagieren. Wir sollten Stigmaerfahrungen und -erleben mit unseren Patienten und ihren Angehörigen besprechen und die damit verbundenen Ängste und Verunsicherungen ernst nehmen. Es liegt gerade an der Medizin, sich gegen die soziale Etikettierung von psychischen Erkrankungen zu wenden und verstärkt darauf hinzuweisen, dass psychische Symptome und Störungen Krankheiten sind, die sich in der Mehrzahl erfolgreich behandeln lassen. Entstigmatisierung und Integration statt Ausschluss fördert die Heilung psychischer Erkrankungen und Depressionen. So kann vermieden werden, dass der Stigmaprozess zu einem zusätzlichen Stressor für Betroffene wird und quasi als zweite Folgekrankheit der eigentlichen psychischen Krankheitsbezeichnung überlagert wird.

Entstigmatisierung kann durchaus auch in der ärztlichen Praxis beginnen. Sie muss jedoch mit breitabgestützten Informationen und Aufklärungskampagnen, wie wir sie bei somatischen Erkrankungen wie etwa Aids oder der Schweinegrippe durchaus gewohnt sind, ergänzt werden, damit mehr Wissen und Verständnis für Depressionen und andere psychische Erkrankungen gefördert und verbreitet werden.

Literatur

- 1 World Health Organization. 2008. The global burden of disease. 2004 update.
- 2 Umfrage «Lean on me». 2010. www.leanonme.ch
- 3 Wendepunkt. Information zu Depression und Angststörungen. Heft 10/2011. S. 9.
- 4 Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Huber; 2009. S. 212–30.
- 5 Bundesamt für Statistik, Statistik der Todesursachen. www.bfs.admin.ch/BFS
- 6 Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012. Bern: Huber; 2010. S. 321–34.
- 7 Jo Anne Strey, Perceived Stigma as a Predictor of Treatment, *Am. Journal of Psychiatry*. 2001;158:479–81.
- 8 Lisa J. Barney, et al. Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Australian and New Zealand J of Psychiatry*. 2006;40:51–4.
- 9 Rüschi et al. *Psychiatric Services* (in review).