



## Pressemitteilung

# Antidepressive Therapie aus Sicht eines betroffenen Psychiaters

Ein Erfahrungsbericht

Berlin/Hannover, 15. Oktober 2008 – Ich verordne seit über 30 Jahren, zumeist mit Erfolg, Antidepressiva und habe bei meiner eigenen Depression von diesen Medikamenten profitieren können. Seit 1977 bin ich in der Psychiatrie tätig, seit 1981 als Oberarzt. Im Sommer 2003 bekam ich erstmals eine Depression. Eine genetische Vorbelastung gab es in den Familien beider Elternteile. Nun traten erstmals in meinem Leben Schlafstörungen auf: Erst war es frühes Erwachen mit zunehmenden Grübelzwängen. Später litt ich auch unter Einschlaf- und schließlich Durchschlafstörungen sowie Schlaflosigkeit. Zusätzlich plagten mich Ängste, Gedankenkreisen, Selbstzweifel und Insuffizienzgefühle. Johanniskraut, hochdosiert („Es ist ja nur eine leichte Depression.“) brachte keinerlei Erfolg. Erst nach etwa vier Monaten zwangen mich immer stärkere Ängste und eine totale körperliche Erschöpfung zur Einsicht, dass ich eine schwere Depression hatte. Nun erst ließ ich mich krankschreiben, nahm Mirtazapin und suchte Gespräche mit einem Psychologen. Nach circa drei Wochen stellte sich eine rasche Besserung und schließlich eine vollständige Genesung ein. Nach Einnahme von 45 Milligramm Mirtazapin über leitliniengemäße neun Monate (1. Phase) reduzierte ich vorsichtig auf 30 Milligramm und wurde nach vier Wochen wieder genauso krank wie zuvor. Auch eine sofortige Erhöhung der Dosis auf wieder 45 Milligramm brachte keinerlei Besserung.

Jetzt - im Herbst 2004 - ging erneut gar nichts mehr. Ich wurde akut suizidal, dachte konkret ans Springen vom Hochhaus – konnte mich aber auch dazu nicht entscheiden. Die Umstellung auf 40 Milligramm Citalopram brachte nach circa vier Wochen den gewünschten Erfolg. Ich behielt diese Dosis bei und reduzierte sie erst ab Januar 2008 in sehr kleinen Schritten bis zum Absetzen Ende Mai 2008. Ich weiß, bei erneutem Auftreten (dann zum 3. Mal) einer depressiven Symptomatik würde ich über sehr viel längere Zeit ein Antidepressivum und zusätzlich einen Stimmungsstabilisierer nehmen müssen. Auch eine Elektrokrampftherapie (schneller Wirkungseintritt, gute Verträglichkeit) würde mir dann eventuell schnelle Hilfe bringen können.

Maxi Braun et al von der Universität Ulm haben kürzlich die Ergebnisse ihrer großen Befragung auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und



Nervenheilkunde (DGPPN) 2005 veröffentlicht (Nervenheilkunde 9/2008). Gut 45 Prozent der Befragten gaben an, früher bereits einmal depressiv gewesen zu sein und über sechs Prozent nahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung Antidepressiva.

Nachdem ich über mehr als zwei Jahrzehnte meinen Patienten empfohlen hatte, mit ihrer Erkrankung und ihrer Behandlung, vor allem bei positivem Verlauf, möglichst offen umzugehen, hatte ich keinerlei Problem, mich an genau diese Empfehlung zu halten. Ich habe nie Stigmatisierung erfahren – habe sie allerdings auch nie antizipiert. Es hat den Anschein, dass gerade Psychiater enorme Schwierigkeiten haben, im Falle einer eigenen psychischen Erkrankung offen mit sich umzugehen. Trotz vollständiger Remission haben sie das Gefühl, versagt zu haben und schwach geworden zu sein. Der vermeintlich quasi angeborene Schutz gegen seelische Erkrankung hat versagt! Wir Psychiater scheinen noch mehr als andere dazu zu neigen, Stigmatisierung und Diskriminierung selbst zu übernehmen („self-stigma“ vs „public-stigma“). Die häufigste Stigmabewältigungsstrategie, die Geheimhaltung, gelingt, wenn überhaupt, nur in sehr engen Grenzen – und sorgt für Gerüchte. Auch die anderen defensiven Bewältigungsstrategien wie Vermeidung und Rückzug sind nicht hilfreich, sondern eher von Nachteil für psychisch Erkrankte. Warum denken wir nicht daran, wenn es uns selbst getroffen hat? Wir würden glaubhafter, wenn wir im Falle einer Erkrankung, die ja jeden treffen kann, offener mit uns umgingen. Im Übrigen ist Stigma nur aufzulösen, wenn wir Ärzte es nicht durch unser Verhalten stärken.

Ich habe inzwischen oft erlebt, dass aktivere Maßnahmen wie Offenheit und Edukation fast immer dazu beitragen, das Stigmagefühl des Patienten zu verringern. Wenn wir aktiv gegen das „self-stigma“ vorgehen, gelingt es uns auf längere Sicht sicher besser, auch Erfolge in der Arbeit gegen das „public-stigma“ der Erkrankung zu erreichen. Wenn wir psychisch Kranken offen begegnen, sollten wir auch uns selbst offen begegnen. Ich habe das getan – und keinerlei Schaden genommen. Ich suche KollegInnen mit ähnlichen Erfahrungen, um Ideen auszutauschen, in welcher Form die Antistigmabewegung weiter unterstützt werden kann.

Weitere Informationen:  
Michael Freudenberg  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Oberarzt  
AMEOS Einrichtungen Holstein  
Wiesenhof  
23730 Neustadt i.H.  
freudenberg@psychatrium.de