

**SPRECHSTUNDE
WIE CORONA
DIE PSYCHE BELASTET**


Von Dr. Kiriaki Mavridou



Ich kenne fast niemanden, der im Zusammenhang mit Corona nicht irgendeine Angst entwickelt hat, zum Beispiel vor Ansteckung oder wirtschaftlichen Folgen. Wie soll man denn unterscheiden, ob eine solche Angst möglicherweise schon depressive Merkmale aufweist?

Seelische Gesundheit bedeutet, dass langfristig positive Gefühle und Zukunftsperspektiven überwiegen. Im Rahmen der Corona-Pandemie können vermehrt negative Gefühle und Gedanken dominieren. Normalerweise ist man dennoch in der Lage, die negativen Erlebnisse und Emotionen zu verarbeiten, die Gedanken und Gefühle zwischenzeitlich auszublenden, sich abzulenken um dadurch so viel Normalität wie möglich aufrecht zu erhalten.



Ich kann kaum glauben, dass Suizidgedanken wirklich nur ein Nebensymptom bei der Diagnostik einer Depression sein sollen. Und was ich auch nicht verstehe: Wie soll man solche Gedanken denn zum Beispiel einem Arzt gegenüber „nachweisen“?

Dass Suizidgedanken als „Nebensymptome“ bzw. „Zusatzsymptome“ im Rahmen der Diagnostik einer Depression bezeichnet werden, soll keine Verharmlosung dieser suggerieren. Vielmehr wird durch das Vorhandensein von lebensmüden Gedanken der Schweregrad der depressiven Erkrankung beurteilt. Suizidgedanken und -impulse sind ein sehr häufiges Symptom bei Depressionen und machen diese zu einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Sie sollten daher schon in der Hausarztpraxis insbesondere von ärztlicher Seite offen thematisiert werden. Mit dem Wissen um Risikofaktoren und Warnzeichen können Hausärzte Risikopatienten besser identifizieren und dadurch einer Behandlung zuführen. Wer selbst an Suizid denkt oder gefährdete Menschen kennt, sollte umgehend ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.



Nach dem Lesen Ihres Artikels bin ich etwas in Sorge, denn viele von den Symptomen, die Sie beschreiben, erkenne ich ab und zu auch bei mir selbst, allerdings nie über einen längeren Zeitraum. Kann man das dann einfach mit „schlecht drauf sein“ abtun?

Eine Depression von einer depressiven Verstimmung oder „schlecht drauf sein“ zu unterscheiden, ist nicht immer einfach. Es ist völlig normal, auf belastende Ereignisse und Probleme niedergeschlagen oder traurig zu reagieren. Halten diese Gefühle jedoch über einen längeren Zeitraum an, liegt der Verdacht nahe, dass sich aus einer depressiven Verstimmung eine echte Depression entwickelt haben könnte. Verfestigen sich Ihre Sorgen, sprechen Sie mit Ihrer Hausärztin / Ihrem Hausarzt.

Dr. Kiriaki Mavridou
Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen

 UNIVERSITÄTSMEDIZIN
 GÖTTINGEN **UMG**
THEMA HEUTE: MIGRÄNE

Mit Antikörpern gegen Migräne – eine Bestandsaufnahme

Millionen von Menschen in Deutschland leiden unter Migräne, und für viele bedeutet dies im Alltag eine gravierende Beeinträchtigung. Dessen ungeachtet handelt es sich weiterhin um eine unterbewertete, unterdiagnostizierte und untertherapierte Erkrankung.

Von Dr. Borries Kukowski

Göttingen. Gerade erst kürzlich hat eine Studie der Universität Hamburg erneut bestätigt, dass immer noch deutlich zu wenig Migräne-Betroffene nach den vorliegenden Leitlinien behandelt werden. Wir wissen insbesondere, dass die Möglichkeiten der vorbeugenden Behandlung viel zu selten genutzt werden. Eine solche Prophylaxe sollte dann zum Einsatz kommen, wenn häufige und schwere Migräneanfälle das Leben einschränken. Orientierend kann dies bei mindestens drei Attacken monatlich angenommen werden, jedoch ist die Entscheidung letztlich stets individuell zu treffen.

Ziel ist es, Häufigkeit, Dauer und Schwere der Migräneanfälle zu vermindern und dadurch die oft stark beeinträchtigte Lebensqualität zu verbessern. Prinzipiell sollte das Behandlungskonzept neben Medikamenten immer auch nicht-medikamentöse Maßnahmen umfassen, also vor allem regelmäßigen Ausdauersport, Entspannungsverfahren wie die Progressive Muskelrelaxation und verhaltenstherapeutische Behandlung.

Auf Seiten der Medikamente stehen uns seit langem Substanzen unter anderem aus der Gruppe der Betablocker, der Antiepileptika und der Antidepressiva zur Verfügung, deren Wirksamkeit für die Migräne zum Teil nur zufällig und schon vor Jahrzehnten entdeckt wurde. Im Jahr 2011 erfolgte die Zulassung von Botulinumtoxin zur lokalen Anwendung im Bereich der Kopf-, Nacken- und Schultermuskeln nach festem Injektionsschema, allerdings begrenzt auf die Indikation Chronische Migräne (definiert als das Auftreten von mindestens 15 Kopfschmerztagen monatlich, von denen acht oder mehr die typischen Migränemerkmale aufweisen).

Die Wirksamkeit all dieser Medikamente ist durch Studien gut belegt. Im Einzelfall ist natürlich nicht vorherzusagen, ob und auf welches Medikament jemand ansprechen wird, so dass oft mehrere Substanzen nacheinander eingesetzt werden müssen. Auch dann lässt sich leider nicht in jedem Fall eine Besserung erreichen; ebenso kann das Auftreten von Nebenwirkungen die Behandlung begrenzen. Mitunter können bestimmte Medikamente aufgrund von Gegenanzeigen gar nicht eingesetzt werden. Wir hatten deshalb schon seit längerer Zeit Bedarf an neuen, innovativen Therapiealternativen. Die Verfügbarkeit der monoklonalen Antikörper stellt hier einen wichtigen Fortschritt dar.

Monoklonale Antikörper

Monoklonale Antikörper sind hochspezialisierte Eiweißstoffe, die mit Hilfe biotechnologischer Verfahren hergestellt werden. Sie binden selektiv an eine Zielstruktur. Man benötigt also zunächst ein grundlegendes Verständnis der krankhaft veränderten Prozesse, in die man eingreifen möchte, um entsprechende Ziele definieren zu können. Hier hat die Migräneforschung in den vergangenen 30 Jahren große Fortschritte erzielt, die die Entwicklung der modernen Therapien erst ermöglicht haben. Insbesondere wurde erkannt, dass bei vielen (aber sicherlich nicht allen) Betroffenen ein Überträgerstoff namens calcitonin gene-related peptide (CGRP) eine wesentliche Rolle in



Viele Millionen Menschen leiden unter Migräne - für einen Teil von ihnen scheint nun zumindest Linderung möglich.

FOTO: PIXABAY

der Entstehung der Migräne spielt. Die jetzt verfügbaren Antikörper binden entweder das CGRP selbst oder aber dessen Rezeptor, wodurch die nachfolgenden Signalkaskaden unterbrochen werden. Erstmals verfügbar wir also über spezifisch für die Migränebehandlung entwickelte Medikamente.

Was leisten die Antikörper – und was nicht?

Es sind drei verschiedene Antikörper zugelassen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie als Injektion unter die Haut gegeben werden. Hierzu sind Fertigungsähnlichkeit einem etwas größeren Kugelschreiber verfügbar. Nach entsprechender Einweisung kann dies unproblematisch selbst durchgeführt werden. Die lange Halbwertszeit ermöglicht Dosisintervalle zwischen vier Wochen und drei Monaten.

Die Studienprogramme der Antikörper sind die mit Abstand größten jemals auf dem Gebiet der Migräne durchgeführten und zeigten für alle Substanzen eine Überlegenheit gegenüber Placebo bei episodischer und chronischer Migräne. Dies gilt auch für besonders schwierige therapeutische Situationen, etwa bei Patientengruppen mit schon mehreren gescheiterten Vortherapien und auch bei gleichzeitig be-

stehendem Medikamenten-Übergebrauch. Wenn man als plausibles und intuitiv verständliches Kriterium für einen Therapieerfolg den Rückgang monatlicher Migränetage um mindestens die Hälfte definiert, so haben in den klinischen Studien zwischen 30 und 60 Prozent der Teilnehmer dieses Ziel erreicht. Dies liefert eine erste Orientierung zur Einschätzung der wissenschaftlich belegten Wirksamkeit und trägt zu einer realistischen Beurteilung bei.

Migräne ist eine biologisch heterogene Erkrankung – „eine Therapie für alle“ wird es nicht geben. Andererseits kann nach inzwischen anderthalbjährigem praktischem Einsatz aber auch festgestellt werden, dass die Antikörper zwar nicht in jedem Fall helfen, aber für viele schwer Betroffene selbst nach zahlreichen gescheiterten Vorbehandlungen den entscheidenden Unterschied machen und zu einer weitreichenden Besserung führen können. Sie bieten selbst bei langjährigem und schwerem Verlauf eine realistische Chance auf anhaltende Linderung. Klare Vorteile sind der rasche Wirkeintritt und die ganz überwiegend sehr gute Verträglichkeit. Ebenso sind aufgrund des selektiven Wirkmechanismus keine Wechselwirkungen mit anderen Medi-

kamenten zu befürchten. Obwohl CGRP im Körper weit verbreitet vorkommt und vielfältige biologische Funktionen ausübt, geben Langzeitstudien über mehr als vier Jahre und die bisherige Anwendungspraxis bislang keine Hinweise auf Sicherheitsprobleme durch die anhaltende Blockade des CGRP-Systems. Die Antikörper stellen damit eindeutig eine (allerdings kostspielige) Bereicherung der Therapie dar.

Für wen geeignet – und für wen nicht?

Nach einem Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses als höchstem Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen kann die Verordnung der Antikörper zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen, wenn zuvor die übrigen Medikamente zur Vorbeugung nicht wirksam waren, nicht getragen wurden oder aufgrund von Gegenanzeigen nicht eingesetzt werden konnten. Bei episodischer Migräne sind dies Betablocker, Topiramate, Amitriptylin und Flunarizin, bei chronischer Migräne zusätzlich Botulinumtoxin. Hintergrund dieser Entscheidung ist, dass in der verfügbaren Datenlage ein erheblicher Zusatznutzen der Antikörper für

eben diese Patientengruppe gesehen wurde.

Konkret wird die Behandlung zunächst für drei Monate durchgeführt. Wenn dann kein ausreichender Effekt eingetreten ist, wird sie beendet, bei gegebener Wirksamkeit dagegen fortgesetzt. Im weiteren Verlauf wird ein Auslassversuch nach sechs bis neun Monaten empfohlen, um zu überprüfen, ob die Therapie noch notwendig ist.

Obwohl keine offiziellen Gegenanzeigen die Anwendung einschränken, wird aufgrund theoretischer Erwägungen dazu geraten, die Antikörper vorsichtshalber bei Vorliegen bestimmter Herz-Kreislauf-, Gefäß-, Darm- und Lungenerkrankungen nicht einzusetzen. Außerdem sollen die Antikörper nicht in der Schwangerschaft und demnach auch nicht bei fehlender Verhütung gegeben werden.

Der Autor: Dr. med. Borries Kukowski, Niedergelassener Arzt für

Neurologie und Psychiatrie, Regionalbeauftragter Niedersachsen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)

LESER FRAGEN

Liebe Leser, stellen Sie Ihre Frage zum Thema „Mit Antikörpern gegen Migräne“ bitte bis Montag, 8. Juni, 10 Uhr. Hierfür gibt es eine eigene Email-Adresse. Sie lautet

sprechstunde@goettinger-tageblatt.de

Ihre Fragen werden dann von Dr. Kukowski beantwortet. Die Antworten finden Sie am kommenden Sonntagabend in Ihrem Tageblatt – wiederum auf der Seite „Gesund in Göttingen“.

