

Wichtige Aspekte in der Behandlung der unipolaren Depression in der hausärztlichen Praxis

Weshalb Patienten von Antidepressiva profitieren ist unklar

Depressive Störungen, Angst- und Schlafstörungen verbreiten sich weiter. Immer mehr Menschen schildern Niedergedrücktheit, erleben sich in schlechter Stimmung, produzieren Ängste und schlafen nicht mehr ruhig. Auch in leichter Form sind depressive Gemütszustände jedoch beeinträchtigend. Bei stärkerer Ausprägung ist die Lebensqualität massiv reduziert und der Leidensdruck massiv. Die Depression ist unverändert die psychiatrische Herausforderung, das Morbiditätsrisiko liegt bei etwa 20 Prozent. Sie ist unterdessen mit den Angststörungen die häufigste psychische Erkrankung und die WHO prognostiziert für die kommenden Jahre, dass die Depression neben den kardiovaskulären Erkrankungen der Zustand sein wird, der als am meisten kräftezehrend und beeinträchtigend einzustufen ist.

Gleichzeitig boomt der Markt für Antidepressiva. In den USA wurden 1985 für rund 500 Millionen Dollar Antidepressiva und Antipsychotika verschrieben, 2008 waren es bereits 24 Milliarden. Die Datenlage hinsichtlich des Nutzens von Antidepressiva ist jedoch widersprüchlich und wirkliche Innovationen gibt es seit Jahren nicht. Die Responderquote auf Antidepressiva ist weiterhin nicht befriedigend. Bis heute konnte zudem auch durch PET-Untersuchungen nicht nachgewiesen werden, dass Läsionen im Serotonin- oder Noradrenalinssystem zu irgendeiner psychischen Störung führt, die Neurobiologie und die personalisierte Medizin liefern auch keine erhellenden Fakten. Meta-Analysen zeigten, dass in über der Hälfte der von der Pharmaindustrie veranlassten Studien kein Unterschied in der Wirksamkeit zwischen Verum und Placebo gefunden werden konnte und unterdessen haben grosse Pharmakonzerne wie z.B. GlaxoSmithKline ihre Psychopharmakologieforschung gestoppt, weil es offenbar sehr schwierig ist, neue Medikamente zu entwickeln, bei denen die Entwicklungskosten nicht aus dem Ruder laufen und die auf dem Markt später erfolgreich sind. Die neusten Enttäuschungen in der Antidepressiva-Forschung sind Reboxetin und Brintellix. Trotzdem können Patienten von Antidepressiva profitieren, wir wissen einfach nicht weshalb. Eine lineare Kausalität zwischen Antidepressiva und der Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ist oft nicht gegeben. Angesichts dieser Fakten sind Hausärzte und Psychiater im Hinblick auf den Umgang und die Behandlung von Patienten mit entsprechender Symptomatik gefordert. Wann und womit sollen Patienten behandelt, wie mit ihnen kommuniziert werden? Oft ist die Symptomenlage auch nicht eindeutig. Patienten wissen zuweilen nicht, wie ihnen geschieht, was mit ihnen los ist, weshalb gerade jetzt eine Stimmungsänderung, Ängste oder Schlafprobleme aufgetreten sind. Jedenfalls nehmen Frauen depressive Veränderungen früher wahr. Sie können besser zu negativen Stimmungsveränderungen und deren Auswirkungen stehen und suchen deshalb auch öfters professionelle Hilfe als Männer. Zuweilen schildert ein Patient nur körperliche Beschwerden oder klagt über unklare Schmer-



Dr. med. Michael Sacchetto
Küsnacht

zen. Der behandelnde Arzt muss also daran interessiert sein, solche Symptome und deren Entwicklung nachvollziehen zu können. Er muss den Patienten mit seinem Krankheitskonstrukt abholen, um zur Aufklärung des Krankheitsprozesses beizutragen und Therapiemöglichkeiten aufzeigen zu können. Er verfügt idealerweise über adäquates psychopathologisches Wissen und Erfahrung im Umgang mit depressiven Patienten. Nicht selten braucht es als Behandler Durchhaltevermögen, da depressive Erkrankungen zunehmend ohne vollständige Remission verlaufen.

Behandlung depressiver Symptomatik

Allgemeine Behandlungsaspekte

Viele Patienten mit psychischen Symptomen werden in der hausärztlichen Praxis behandelt. Dies gilt auch für depressive Patienten, da sie den Grundversorger in den meisten Fällen vor dem Psychiater aufsuchen. Eine depressive Störung kann durch rein somatische Erkrankungen z.B. M. Parkinson, endokrine Störungen, durch demenzielle hirnorganische Veränderungen, durch neuropharmakologische Faktoren, postpartal oder allein medikamentös hervorgerufen sein. Die psychopharmakologische Behandlung ist von zusätzlichen psychiatrischen und somatischen Diagnosen jedoch unabhängig, sofern nicht endokrinologische Störungen oder Medikamente als Auslöser einer Depression identifiziert werden können. Immer entscheidet die fundierte diagnostische Abklärung mit adäquater Bewertung der Symptomatik über das therapeutische Vorgehen.

Watchful waiting reicht bei depressiven Patienten nicht aus. Auch bei leichten depressiven Zuständen profitieren depressive Patienten von einer regelmässigen ärztlichen und psychologischen Betreuung, die zeitaufwändig ist. Eine leichte bis mittelschwere depressive Verstimmung verlangt meist noch keine Psychopharmakotherapie. Eine kritische Nutzen-Risiko-Analyse ist hier angebracht, bevor Medikamente zum Einsatz gelangen. Gleichzeitig stellt sich die Frage der Indikation für eine Psychotherapie immer, unabhängig davon, ob Psychopharmaka zum Einsatz kommen sollen. Der Nachweis der besseren Wirksamkeit einer Kombination von professioneller Psychotherapie mit Psychopharmakotherapie im Vergleich zur alleinigen medikamentösen Behandlung ist für depressive Störungen unabhängig von deren Schweregrad seit langem erbracht. Eminente Bedeutung hat die Haltung des Hausarztes gegenüber der fachärztlichen Psychotherapie, denn viele Patienten sind durch

adäquate Informationen des Grundversorgers für eine psychotherapeutische Intervention zu gewinnen.

Behandler sind heute zunehmend mit Patienten konfrontiert, die depressive Symptome im Zusammenhang mit der Ausbildung oder mit negativen beruflichen Bedingungen entwickeln. Jugendliche sind in der Schule, in der Lehre oder im Studium mehr und mehr überfordert und leiden bereits unter einem «Burnout-Syndrom». Berufliche Überbeanspruchung beim Erwachsenen geht oft einher mit einem schlechten Arbeitsklima und Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle. Bei Stellenverlust ist entweder das Gefühl des Selbstverschuldens oder das starke Gefühl der zu Unrecht ausgesprochenen Kündigung der Boden für die depressive Störung. Auch den Patienten, die durch eben solche Gründe depressive Symptome entwickeln, kann nicht einfach gut zugesprochen werden. Sie sind in den wenigsten Fällen alleine dadurch zu heilen, indem sie für eine bestimmte Zeit krankgeschrieben werden oder Psychopharmaka verordnet bekommen. Die Behandlung sollte ein professionelles psychologisches Coaching im Sinne einer lösungsorientierten Psychotherapie einschliessen. Lösungsorientiert sind das systemische, verhaltenstherapeutische und interpersonale therapeutische Instrumentarium. Know-How betreffend den Verhältnissen und Mechanismen in den Bildungsinstitutionen, in der Privatwirtschaft und Kenntnisse im Arbeitsrecht sind hier zudem von Vorteil.

Pharmakotherapie

Für die psychopharmakologische Behandlung von schweren depressiven Zuständen stehen aktivierende oder sedierende Antidepressiva zur Verfügung. Antidepressiva, die zu den Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) und den Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) zählen, wirken eher antriebssteigernd. Trizyklika, Trittico, Remeron und Hypericum perforatum sind tendenziell sedierend bzw. beruhigend wirksam. Trizyklika gelten aufgrund ihres ungünstigen Nebenwirkungsprofils seit langem als ultima ratio.

Es gibt kein Antidepressivum, das hinsichtlich Effektstärke dominiert. In der hausärztlichen Praxis reichen deshalb wenige Präparate aus, die man aber gut kennt. Allein die Nebenwirkungen und ob der Patient nach der Einnahmedauer von 2–3 Wochen einen Benefit für sich erkennen kann, entscheiden über eine Behandlungsfortsetzung oder einen Medikamentenwechsel. Antidepressiva werden aufdosiert und nach anhaltender Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes aufgrund möglicher Entzugsserscheinungen langsam abgesetzt. Mittelgradige und schwere depressive Störungen sind mit quälender innerer Unruhe, Ängsten und Schlafstörungen verbunden. Oft werden die starke Nervosität und Schlafprobleme als die schwerste Beeinträchtigung erlebt. Benzodiazepine leisten hier initial, d.h. über die ersten Behandlungswochen hin, einen wichtigen Beitrag zur Reduktion des Leidensdrucks, bis das eingesetzte Antidepressivum seine Wirkung erbringt. Schlafprobleme sind erschöpfend, perpetuieren und amplifizieren die depressive Stimmung. Nicht selten greifen anderweitige schlafhygienische Massnahmen zu wenig, sodass eine Therapie der Schlafstörungen durch sofort wirksame Hypnotika oder schlafanstossende Antidepressiva erforderlich wird. Der Tranquillizer bzw. das Hypnotikum bleibt in der Pharmakotherapie von depressiven Patienten immer «Hilfsmedikament» und dessen Einsatz zeitlich limitiert und sollte dem Patienten nur mit entsprechend klarer Information angeboten werden.

TAB. 1 Nebenwirkungen von Psychopharmaka (Auswahl)		
Chemische Stoffklasse	Wirkstoffe	Nebenwirkungen
Serotoninerge Antidepressiva	Escitalopram (Cipralex), Sertralin (Zoloft) Venlafaxin (Efexor)	Hypertonie, Verlängerung der QT-Zeit, Herabsetzung der Krampfschwelle, Entzugsserscheinungen, Hyponatriämie
Serotoninerg-noradrenerge Antidepressiva	Bupropion (Wellbutrin), Duloxetin (Cymbalta)	Nausea, sex. Dysfunktion, Hyponatriämie, Entzugsserscheinungen, Schlafstörungen
Noradrenerge Antidepressiva	Clomipramin (Anafranil), Trimipramin (Surmontil)	Sedation, anticholinerg, Verlängerung der QT-Zeit, orthostatische Hypotonie, Gewichtszunahme
Benzodiazepine Benzodiazepin-ähnliche Substanzen	Lorazepam (Temesta), Zolpidem (Stilnox)	Sedation, Gewöhnung und Abhängigkeitsrisiko
Lithium	Li-Salze	QT-Verlängerung, Tremor, Diarrhoe Intoxikationsrisiko

TAB. 2 Wechselwirkungen neuerer Antidepressiva (Auswahl)		
Chemische Stoffklasse	Wirkstoff	Wechselwirkung
Neuere Antidepressiva	Venlafaxin (Efexor), Bupropion (Wellbutrin) Fluoxetin (Fluctine)	– Zentrale Analgetika (serotoninerges Syndrom) – Trizyklische Antidepressiva (Spiegelerhöhung TAD) – Migränemittel vom Triptantyp (Wirkungs- und NW-Verstärkung) – Antiarrhythmika, Antibiotika, Neuroleptika (Herzrhythmusstörungen) – Antikoagulation (Blutungsgefahr) – ASS/NASR (verstärkte Blutungsneigung)

Bei rezidivierenden depressiven Störungen ist Lithium als Moodstabilizer unverändert der Standard, auch hier ist der Wirkungsmechanismus nicht bekannt. Patienten mit wiederholten depressiven Phasen zeigen im Verlauf kürzere symptomfreie Intervalle, leiden mit zunehmendem Alter also häufiger und länger unter depressiven Zuständen. Meist sind diese durch belastende Lebensereignisse erklärbar. Antiepileptika sind bei Lithium-Unverträglichkeit als Alternative im Einsatz. Neuroleptika können in den seltenen Fällen von major depression mit psychotischen Symptomen notwendig werden. Bei älteren Patienten ist der veränderte Stoffwechsel beim Einsatz von Psychopharmaka zu berücksichtigen, dies v.a. in Hinblick auf die Gefahr eines möglichen Delirs bei vorbestehender Polypharmazie. Beim Einsatz von Neuroleptika aufgrund starker Unruhe und vorbestehendem kognitiven Defizit ist beim älteren Menschen Vorsicht geboten. Auch kurzfristig eingesetzte Neuroleptika scheinen eine dementielle Entwicklung zu beschleunigen. Bei allen Medikamenten ist das Wissen über die Wirkungs-, Nebenwirkungsprofile und Interaktionen im Hinblick auf eine erfolgreiche Behandlung bedeutsam, vgl. Tabellen 1 und 2.

Schlussanmerkungen

Die Zusammenarbeit zwischen dem Grundversorger und dem Psychiater in der Behandlung depressiver Patienten hat grosse Relevanz. Der Behandlungsansatz bei depressiven Patienten sollte über

TAB. 3

Vorteile der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Psychiater

- Erhöhung der diagnostischen Trefferquote
- Entlastung der Behandler im Umgang mit depressiven Patienten
- Erhöhung der therapeutischen Erfolgsquote durch optimierte Behandlung
- Verbesserung der Prognose von depressiven Störung

den «gesunden Menschenverstand» hinaus führen. Patienten, die depressive Symptome zeigen, benötigen einen Arzt mit Fachwissen, mit Empathiefähigkeit und mit Bereitschaft, genügend Behandlungszeit zur Verfügung zu stellen. Professionalität zeichnet sich jedoch auch durch das Erkennen der eigenen therapeutischen Möglichkeiten aus. Bei unklarer Symptomatik bzw. unsicherer Diagnostik oder fehlendem Zeitbudget sollte ein Patient dem Facharzt überwiesen werden (Tab. 3). Depressiven Patienten allein eine Psychopharmakotherapie anzubieten, entspricht dem Zeitgeist des «Quick-fix», doch ist eine solche Mono-Behandlung aufgrund der oben aufgeführten Fakten kritisch zu bewerten. Die fachärztliche psychotherapeutische Intervention sollte, eine positive Haltung des Grundversorgers der Psychotherapie gegenüber vorausgesetzt, dem Patienten primär, zumindest jedoch parallel zur medikamentösen Behandlung, vorgeschlagen werden. Durch die Etablierung einer professionellen interdisziplinären Vorgehensweise können Schwierigkeiten in der Behandlung depressiver Patienten rascher angegangen und überwunden werden. Das Risiko einer Chronifizierung von depressiven Störungen wird zudem reduziert.

rigkeiten in der Behandlung depressiver Patienten rascher angegangen und überwunden werden. Das Risiko einer Chronifizierung von depressiven Störungen wird zudem reduziert.

Dr. med. Michael Sacchetto

Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Dorfstrasse 5, 8700 Küsnacht

m.sacchetto@bluewin.ch

Interessenkonflikt: Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ Die Behandlung depressiver Patienten benötigt neben einer entsprechenden Ausbildung Zeit
- ◆ Die Zusammenarbeit zwischen dem Grundversorger und dem Psychiater erhöht die diagnostische Trefferquote bei depressiven Störungen
- ◆ Sie führt neben der Erhöhung der therapeutischen Erfolgsquote durch einen optimierten Behandlungsansatz zur Verbesserung der Prognose von depressiven Patienten und darüber hinaus zur Entlastung der Behandler
- ◆ Antidepressiva sind vorwiegend bei schwereren depressiven Zuständen in Kombination mit professioneller, lösungsorientierter Psychotherapie einzusetzen

Literatur:

- Benkert O, Hippus H, Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie, 11. Auflage, Springer 2017
- Dreher J, Psychopharmakotherapie griffbereit, 2. Auflage, Schattauer, 2016
- Hasler F, Neuromythologie, transcript Verlag; 2012
- Hautzinger M, Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. 5. Auflage. Weinheim: BeltzPVU; 2000
- Hautzinger M, Depression im Alter. Weinheim: Psychologie Verlagsunion; 2000
- Hell D, Böker H, Depressionen bei Betagten. Schweiz Med Forum. 2005;5:1147-1153
- Horn J, Depressive Störungen, Ursachen und Behandlung. In: Arnold Retzer et al (Hrsg.): Familiendynamik. 30. Jg, Heft 4. Stuttgart 2005; 390-412
- Grawe K, Donati R, Bernauer F, Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession, Göttingen: Hogrefe; 1994
- Leff J, Veamals S, Brewin CR et al. The London Depression, Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. Br J Psychiatry; 2000;177: 95-100
- Retzer A, Miese Stimmung, S. Fischer Verlag; 2012
- Sydow K, Behr S, Schweizer-Rothers J, Systemische Therapie bei Störungen des Erwachsenenalters: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 28 randomisierten Primärstudien, Psychotherapeut, 52 (3), 2007; 187-211
- Schiepek G, Grundlagen der systemischen Therapie: Theorie – Praxis – Forschung, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht: 1999