

# Depression: erkennen und behandeln durch den Hausarzt

Ein Bericht von einer Fortbildungsveranstaltung der Firma Organon

**ANNEGRET CZERNOTTA**

Depressionen sind ein weit verbreitetes Krankheitsbild in der Hausarztpraxis. Trotzdem wird die Diagnose häufig gar nicht oder erst sehr spät gestellt. Unbehandelt sind Depressionen der wichtigste Risikofaktor für Suizid und komorbide Erkrankungen wie Angststörungen (1). In der Fortbildungsreihe «Erkennung und Therapie der Depression durch den Hausarzt» der Firma Organon steht die Diagnostik und Auswahl der adäquaten Therapieform bei depressiven Störungen deshalb im Mittelpunkt.

Fortbildungsveranstaltung, Teil I: Erkennung und Therapie der Depression durch den Hausarzt, 10. März 2005, Luzern

In der Schweiz sind 20 Prozent der Bevölkerung mindestens einmal im Leben depressiv, und 5 Prozent sind wegen einer chronischen Depression in Behandlung (2). Ungeachtet der hohen Prävalenz werden depressive Symptome in der Praxis oftmals nicht erkannt und nur ungenügend bis gar nicht behandelt.

«Ich war total in meinen Gedanken gefangen.» «Bei dieser Aussage eines Patienten muss der Vorgang des Grübelns direkt ins Auge springen. Geht aus dem Patientengespräch ausserdem hervor, dass eine Freizeitgestaltung weit gehend fehlt, gibt das sehr schnell Aufschluss darüber, ob der Betreffende depressiv ist oder nicht», erklärte Dr. med. Philipp Eich, leitender Arzt der PUK Basel.

Wurden Depressionen früher in reaktive, neurotische oder endogene Formen unterteilt, gilt seit den Neunzigerjahren die Unterscheidung in die zwei Formen der bipolaren und der depressiven Störungen nach dem Diagnosesystem ICD-10 (International Classification of Diseases der World Health Organisation) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Insgesamt gibt es die drei Kernsymptome: gedrückte oder traurige Stimmung, Interessensverlust oder Freudlosigkeit und verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit (Kasten 1). Neben den Hauptsymptomen müssen auch die Zusatzsymptome wie Verlust von Selbstvertrauen oder ein vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen erfragt werden, weil sonst Diagnosen verpasst werden können. Die Kriterien für eine Depression sind erfüllt, wenn die Symptome über 14 Tage andauern. Nach ICD-10 wird unterschieden in eine leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere Episode (F32.2). Letztere kann mit oder ohne psy-

## Merkmale

- Depressive Symptome sind oft nicht ohne Weiteres erkennbar, wenn nicht spezifisch nachgefragt wird.
- Die Komorbidität von Depression und Angststörungen ist hoch, ebenso das Risiko für Suchtmittelabhängigkeit bei ausbleibender Therapie.
- Der wichtigste Risikofaktor für Suizid ist eine Depression. Suizidgedanken müssen gezielt erfragt werden. Es ist falsch, zu glauben, das Gespräch über Suizid könnte eine Suizidhandlung auslösen.
- Die adäquate Therapie von Depressionen umfasst die neuen Antidepressiva, wie z.B. Mirtazapin und Venlafaxin und die SSRI.

chotische Symptome auftreten (F32.3). Depressionen erhöhen das Risiko für Angst- und Suchterkrankungen, Drogenmissbrauch, somatische Störungen und von Suizid. Zu 90 Prozent sind depressive Episoden rezidivierend.

## Verschiedene Ursachen führen zur Verkennung depressiver Symptome

Auf die ans Publikum gerichtete Frage von Eich, warum depressive Symptome in der Hausarztpraxis häufig nicht erkannt werden,

## Depression: erkennen und behandeln durch den Hausarzt

### Kasten 1: **Symptomatik depressiver Störungen (F 32)**

#### Kernsymptome (mindestens 2):

- Gedrückte oder traurige Stimmung
- Interessensverlust oder Freudlosigkeit
- Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

#### Leitsymptome für den Hausarzt\*

- Früherwachen
  - Morgentief
  - Libidoverlust
  - Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
  - Schlafstörungen
  - Appetit- und Gewichtsverlust
  - Interesselosigkeit
  - Mangelnde emotionale Reaktionsfähigkeit
- \*somatisches Syndrom nach ICD-10: mindestens 4 Symptome

kamen sehr unterschiedliche Antworten. Einerseits wurde von Ärzten Zeitmangel oder mangelndes Vertrauen auf Seiten des Patienten angegeben. Andererseits, so eine Hausärztin, stehen häufig somatische Beschwerden wie Schmerzen, Beschwerden im Magen-Darm-Trakt oder Müdigkeit im Vordergrund, die zur Verknüpfung depressiver Symptome führen. Zudem geben Patienten aufgrund von Angst vor Stigmatisierung oder drohender Arbeitsunfähigkeit Symptome nicht an. Eich gab zu bedenken, dass trotz der genannten Probleme mit einer speziellen, jedoch einfachen Exploration während der Konsultation das Problem der Depression erkannt werden kann (Kasten 1).

Dazu gehört speziell die Frage nach Schlafstörungen, insbesondere von frühmorgentlichem Erwachen, die mit einem dreifach erhöhten Risiko für Depressionen assoziiert sind. Ferner gehört die Abklärung von Angst, Panik oder eines PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) dazu, die ein erhöhtes Risiko für Depressionen in sich bergen. «Gerade das PTSD wird in der Praxis häufig vernachlässigt. Insbesondere Menschen aus Kriegsgebieten sind davon betroffen, die eine grosse Scham haben, über ihre Kriegserlebnisse zu reden», meinte Eich.

#### **Vorurteile zu Depression und Suizidalität**

Depression und Suizidgefahr sind eng miteinander verbunden (3). In der Schweiz liegt die Prävalenz für Suizid bei 2 Prozent

(Männer 3%, Frauen 1%), die Jahres-Inzidenz bei 13 bis 26 pro 100 000. «Das sind zirka 1400 Suizide pro Jahr (Männer 1000, Frauen 400). Damit sterben jährlich dreimal mehr Menschen an Suizid als an Verkehrsunfällen. Auch die Rate des erweiterten Suizids, der Angehörige mit einbezieht, wächst kontinuierlich», fasste Dr. med. Walter Zogg, Praxispsychiater in Mendrisio, zusammen. In Bezug auf Suizid und Depressionen bestehen viele Vorurteile auf Seiten des Patienten. Häufig gehen diese davon aus, an ihrer schlechten Lebenssituation selber schuld zu sein oder glauben, dass Psychopharmaka süchtig machen und deshalb nicht einge-

nommen werden dürfen. Aber auch auf Seiten der Ärzte gibt es falsche Annahmen. «Die Vorstellung, ein Ansprechen der Suizidalität könnte einen Suizidversuch auslösen, ist unbegründet. Tatsache ist, dass der Tod meist nicht mit letzter Konsequenz gewünscht wird. Suizidgedanken geben immer einen Hinweis auf eine schwere Lebenskrise, die angesprochen werden muss», meinte der Experte. Mehrere Risikofaktoren können auf Suizidhandlungen hinweisen. Männer über 45 Jahre, die alleine leben, sind häufiger betroffen als Frauen. Bei Männern ist das depressive Syndrom häufig verdeckt und äussert sich eher in Verhaltensproblemen

### Kasten 2: **Die wichtigsten modernen Antidepressiva bei der Behandlung depressiver Störungen:**

Medikament	Dosierung bei Behandlungsbeginn	Erhaltungsdosis
<i>Antidepressiva mit dualem (serotonerg und noradrenerg) Wirkmechanismus</i>		
Mirtazapin (Remeron®)	15–30 mg/Tag	15–45 mg/Tag
Venlafaxin (Efexor ER®)	75 mg/Tag	150–375 mg/Tag
<i>SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)</i>		
Citalopram (Seropram®)	20 mg/Tag	20–60 mg/Tag
Escitalopram (Cipralex®)	10 mg/Tag	10–20 mg/Tag
Fluvoxamin (Floxyfral®)	100 mg/Tag	100–300 mg/Tag
Fluoxetin (Fluctine®)	10–20 mg/Tag	10–80 mg/Tag
Paroxetin (Deroxat®)	20 mg/Tag	20–40 mg/Tag
Sertralin (Zoloft®)	25–50 mg/Tag	50–200 mg/Tag

## Depression: erkennen und behandeln durch den Hausarzt

### Weitere Veranstaltungen für den Hausarzt

**Ort:** Hotel Schlössli, Ipsach-Biel

**Teil I: Diagnose und Therapie**

Donnerstagabend, 2. Juni 2005

Zeit: 18 bis 20:30 Uhr

**Teil II: Spezialfälle**

Donnerstagabend, 16. Juni 2005

Zeit: 18 bis 20:30 Uhr

**Ort:** Kartause Ittingen

**Teil I: Diagnose und Therapie**

Donnerstagabend, 10. November 2005

Zeit: 18 bis 20:30 Uhr

**Teil II: Spezialfälle**

Donnerstagabend, 24. November 2005

Zeit: 18 bis 20:30 Uhr

**SGIM + SGAM:**

2 Credits pro Veranstaltung

**Weitere Informationen**

**zur Anmeldung:**

Organon AG, Churerstrasse 158

8808 Pfäffikon SZ

Tel. 055-415 19 11

wie Alkoholabusus (4). Weitere veränderliche Risikofaktoren sind Migration, Unfall oder Krisensituationen. «Insbesondere Secondas und Secondos sind in unserer Gesellschaft von Suizid betroffen. Denn sie sind adaptiert und doch nicht in unserer Gesellschaft akzeptiert», erklärte Eich. Suiziden liegt meistens eine affektive Störung zugrunde. Unter Affektivität versteht man kurz andauernde starke Gefühlszustände wie Zorn, Wut, Hass oder Freude. Bei Störungen der Affektivität

sind der Gefühlsausdruck und das Gefühlsempfinden verändert. Befindet sich der Patient in einem präsuizidalen Syndrom, in dem das Erleben der eigenen Ausweglosigkeit zum Verlust des Sinngedehls und zum sozialen Rückzug führt, kann die gegen die eigene Person gerichtete Aggressivität stark zunehmen. Wird letztendlich der Entschluss zum Selbstmord gefasst, kann der Suizident sehr ruhig wirken («Ruhe vor dem Sturm»).

Das Gespräch und die Einbindung der Angehörigen sind in dieser Phase enorm wichtig. Eine fürsorgliche Freiheitsentziehung (FFE) kann notwendig werden, wenn der Betroffene unkooperativ und das soziale Umfeld (Familie, Arzt) überfordert ist.

### Therapie depressiver Symptome

Nur 50 Prozent aller Depressiven erhalten eine adäquate Medikation und Behandlung. Grundsätzlich richtet sich die Therapie nach Angaben von Dr. med. Wolfgang Schmidt, Oberarzt PUPK Inselspital, nach der vorliegenden Form der Depression und der Art der Behandlung, beispielsweise, ob diese ambulant oder stationär erfolgt. Entscheidende Einflussfaktoren für den Behandlungserfolg sind die Patienteninformation, das Ansprechen von Tabuthemen wie Suizid, der Einbezug der Angehörigen und die gemeinsame Planung von Freizeitaktivitäten durch den behandelnden Arzt, Angehörige und Patient. Neuere Antidepressiva wie Venlafaxin und Mirtazapin und die etablierten Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sind heute Substanzen erster Wahl in der Depressionstherapie (Kasten 2).

«Ziel der Behandlung ist die Vollremission. Die Auswahl des Antidepressivums ist abhängig von Symptomatik und Nebenwir-

kungsprofil. Zu Beginn der Therapie sollten Antidepressiva nicht zu hoch dosiert werden, am Ende können sie nicht hoch genug dosiert sein», so Schmidt. Die Therapie sollte bei gutem Response rund zwölf Monate andauern und in sehr kleinen und langsamen Schritten reduziert und dann abgesetzt werden. Informationen zu Interaktionen der verschiedenen Antidepressiva sind auf dem Internet: [www.mhc.com/](http://www.mhc.com/) Cytochromes einsehbar. Nach Angaben von Schmitt ist dieser Internetdienst teuer, allerdings topaktuell und für die praktische Arbeit sehr hilfreich.

*Annegret Czernotta*

*Quelle: Fortbildungsveranstaltung, Teil I: Erkennung und Therapie der Depression durch den Hausarzt, 10. März 2005, Luzern*

*Referenzen:*

1. Isometsä E.T. et al.: *Suicide in bipolar disorder in Finland. American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1021–24.
2. *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (SGB), BFS.*
3. Rutz W. et al.: *Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1997; 1: 39–46.
4. Ladame F., Jeanneret O.: *Suicide in adolescents: some comments on epidemiology and prevention. Journal of Adolescence* 1982; 5: 355–366.

Interessenlage: Der Bericht entstand mit finanzieller Unterstützung der Organon AG, Pfäffikon SZ.