

Ist die Diagnose vollständig?

Schweizer Behandlungsempfehlungen 2010 zu speziellen Problemen bei Depressionen

Die Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD) hat zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP) und in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) erstmals Behandlungsempfehlungen zur Therapie der Depression herausgegeben. Hier werden einige Empfehlungen zum Vorgehen bei Non-Response und bei besonderen Depressionsformen vorgestellt.

HALID BAS

Gerade in Hausarztpraxen trifft man sehr häufig Patienten, deren Depression sich in somatischen Symptomen präsentiert. Dies ist eine Aufforderung, sich der Richtigkeit der jeweiligen Diagnose zu vergewissern, wozu auch die Diagnostik psychiatrischer Komorbiditäten, die Abklärung von somatischen Begleiterkrankungen und die Überprüfung der Medikation im Hinblick auf depressogene (Begleit-)Medikamente gehören, erklärte Dr. Johannes Beck, Oberarzt an der Abteilung für Depressionsforschung, Schlafmedizin und Neurophysiologie der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel. Die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine durch somatische Beschwerden maskeierte Depression handelt, steigt mit der Anzahl der körperlichen Symptome.

Subtypen der Depression

Zu den geläufigen Subtypen der Depression gehört auch das Auftreten psychotischer Symptome, das mit einem erhöh-

ten Suizidrisiko und einer höheren Wahrscheinlichkeit für einen rezidivierenden Verlauf einhergeht. Die Wahnsymptome sind typischerweise mit den depressiven Denkinhalten kongruent und beschäftigen sich mit Versagen, Schuld, Versündigung, Krankheit oder Verarmung.

Zur Sonderform der Depression gehören atypische Symptome wie Aufhellbarkeit der Stimmung im Gespräch, signifikante Gewichts- oder Appetitzunahme, Hypersomnie oder bleierne Lähmung. Oft ist auch ein lange bestehendes Muster für Empfindlichkeit gegenüber zwischenmenschlichen Zurückweisungen zu beobachten, das zu ausgeprägter sozialer oder beruflicher Beeinträchtigung führt. Die saisonale Verlaufsform der Depression ist gekennzeichnet durch regelmässig wiederkehrende depressive Episoden vom Schweregrad einer Major Depression (nach DSM-IV), die ungefähr zur selben Zeit eines Jahres beginnen (z.B. September bis Oktober) und enden (z.B. März bis April). Dazu gehört auch eine volle Remission der depressiven

**1st Swiss Forum
for Mood and Anxiety
Disorders (SFAMD)
26. August 2010 in Zürich**

Symptome zu einer anderen Jahreszeit (z.B. Mai bis August). Für die Stellung der Diagnose sollten die Patienten im Allgemeinen mindestens zwei Monate symptomfrei sein, damit man tatsächlich von einer Remission sprechen kann. Bei dieser besonderen Depressionsform treten saisonal abhängige Episoden häufiger auf als nicht saisonal abhängige Episoden, und sie haben sich in mindestens zwei aufeinander folgenden Jahren bemerkbar gemacht.

Geeignete Screeningfragen stellen

Um im Rahmen einer vermuteten Depression vorkommende Differenzialdiagnosen nicht zu verpassen, nannte Johannes Beck eine ganze Reihe von Screeningfragen, die Rückschlüsse auf häufige Diagnosen erlauben. Insbesondere geht es dabei um:

- Panikstörungen
- generalisierte Angststörungen
- Phobien
- posttraumatische Belastungsstörungen
- Zwangsstörungen
- manische oder hypomanische Episoden
- Essstörungen
- Alkohol- und Medikamentenprobleme
- Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit.

Kasten 1: Klinisch-diagnostische Kriterien zur Auswahl eines Antidepressivums

Depression mit Schmerzsymptomatik	SNRI
Ängstliche Depression	SSRI, SNRI
Atypische Depression	MAOI, SSRI
Prämenstruelle dysphorische Störung	SSRI, SNRI
Leichte Depression	Hypericum (Johanniskraut), SSRI
Schwere («melancholische») Depression	TZA, SNRI
Wahnhafte Depression	Antidepressivum + Antipsychotikum, Trimipramin
Dysthymie	SSRI
Bipolare Depression	SSRI + Stimmungsstabilisierer
Zwangserkrankung	TZA (Clomipramin), SSRI
Panikstörung mit/ohne Agoraphobie	SSRI, SNRI, TZA
Generalisierte Angsstörung	SNRI, SSRI
Soziale Phobie/soziale Angsstörung	SSRI, SNRI
Posttraumatische Belastungsstörung	SSRI

MAOI: MAO-Hemmer
 SSRI: selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
 SNRI: selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
 TZA: trizyklische Antidepressiva

Suizidrisiko erfassen und einschätzen

«In der Praxis sehr wichtig ist die Abschätzung des Suizidrisikos durch Erfassen von Risikomerkmale, denn sie hat auch Konsequenzen für die Wahl der medikamentösen Therapie, insbesondere die Indikation für Lithium», sagte Johannes Beck. Risikogruppen sind ältere Männer (für Suizid) und junge Frauen (für Suizidversuch), ferner Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen oder Psychosen.

Einige wichtige Fragen im Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten können lauten:

- «Mussten Sie in letzter Zeit daran denken, nicht mehr leben zu wollen?»
- «Häufig?»
- «Mussten Sie auch daran denken ohne es zu wollen? Das heisst, haben sich solche Gedanken Ihnen aufgedrängt?»

- «Konnten Sie diese Gedanken beiseite schieben?»
- «Haben Sie konkrete Ideen wie Sie es tun würden?»
- «Haben Sie Vorbereitungen getroffen?»
- «Umgekehrt: Gibt es etwas, was Sie davon abhält?»
- «Haben Sie mit jemandem über diese Gedanken gesprochen?»

Hinweise auf eine erhöhte Suizidgefährdung geben auch akute krisenhafte Ereignisse wie Arbeitslosigkeit, Schulden, Scheidung, Inhaftierung, Verlusterlebnisse oder Traumatisierung. Weitere Risikomerkmale sind mangelnde Unterstützung durch Angehörige oder Freunde, fehlende Einbindung in feste Strukturen, ferner auch die Zeit nach der Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Behandlung oder chronische körperliche Erkrankungen.

In der Anamnese zu explorierende Faktoren sind zudem soziale Isolierung,

Vereinsamung und ein Fehlen tragfähiger Bindungen.

Als anamnestische Risikomerkmale gelten Suizidversuche in der Vorgeschichte sowie Suizide und/oder Suizidversuche in der Familiengeschichte. Von einer besonderen Suizidgefährdung ist auch auszugehen bei hoher narzisstischer Kränkbarkeit sowie bei einer starken Verleugnungstendenz und mangelndem Hilfesuchverhalten.

Gesichtspunkte bei der Auswahl des Antidepressivums

Johannes Beck nannte klinisch-diagnostische Kriterien zur Auswahl eines Antidepressivums. Heute sind dies Vertreter aus den Wirkstoffklassen der selektiven Serotonin- beziehungsweise Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, aber in geeigneter Indikation auch Johanniskrautpräparate oder Vertreter der älteren trizyklischen Antidepressiva oder MAO-Inhibitoren (Kasten 1).

Steht im Rahmen einer Depression Schmerz als Symptom im Vordergrund, haben sich selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer als besonders geeignet erwiesen.

«Bei Depressionen mit psychotischen Symptomen ist schon frühzeitig an die Ergänzung der Behandlung mit einem Antipsychotikum zu denken», mahnte Beck.

Weitere wichtige Gesichtspunkte bei der Auswahl der geeigneten Medikation zur somatischen Behandlung der Depression sind die Nebenwirkungsprofile hinsichtlich bestehender körperlicher Komorbiditäten (Kasten 2).

Unter praktischen Aspekten, nicht zuletzt im Hinblick auf die Therapieadhärenz, spielen die Auswirkungen der verschiedenen antidepressiven Wirkstoffe auf den Schlaf eine wichtige Rolle. Johannes Beck gab eine kurze Liste mit Substanzen, denen schlafregulierende Eigenschaften zugeschrieben werden (Kasten 3). Insbesondere lassen sich die sedierenden Eigenschaften von Trazodon und Mirtazapin therapeutisch nutzen. Gleichzeitig erwähnte Dr. Beck auch die unter Mirtazapin und Paroxetin eindeutig verstärkten Restless-legs-Symptome, die etwa unter Venlafaxin

Kasten 2: Geeignete Antidepressiva bei speziellen somatischen Problemen: Vorschläge anhand des Nebenwirkungsprofils

Symptomatik	Geeignete Antidepressiva
Orthostatische Hypotonie	SSRI, Moclobemid, Venlafaxin, Duloxetin, Bupropion, Agomelatin*
Hypertonie	SSRI, Mirtazapin, Duloxetin, Trazodon, Agomelatin*
Herzkrankheit	SSRI, Mianserin, Mirtazapin, Moclobemid, Trazodon, Duloxetin
Extrapyramidale Symptome	Lofepramin, Mirtazapin, Reboxetin, Agomelatin*
Epileptische Krampfanfälle	Moclobemid, Citalopram, Sertralin
Status nach Stroke	SSRI, Reboxetin, Mirtazapin
Morbus Parkinson	SSRI
Demenz	SSRI, Moclobemid
Gewichtszunahme	SSRI, Moclobemid, Venlafaxin, Reboxetin, Trazodon, Duloxetin, Bupropion, Agomelatin*
Diabetes	SSRI
Schlafstörungen	Mianserin, Mirtazapin, Trazodon, Trimipramin, Agomelatin*
Sexuelle Dysfunktion	Mirtazapin, Mianserin, Moclobemid, Trazodon, Duloxetin, Bupropion, Agomelatin*

SSRI: selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

* Agomelatin = Antidepressivum im Zulassungsverfahren

oder Citalopram weniger Probleme machen und bei Reboxetin ganz fehlen. Es scheine, so Johannes Beck, dass Bupropion gegen das Restless-legs-Syndrom therapeutisch wirke.

Bei perakuter Depression muss auch die Indikation für einen fürsorglichen Freiheitsentzug erwogen werden. Dane-

ben gelten die Empfehlungen zur Akuttherapie. Zur Überbrückung der Latenz bis zum Wirkungseintritt eines Antidepressivums kann ein Benzodiazepin eingesetzt werden. Eine Benzodiazepinbehandlung für etwa zehn Tage ist meist ausreichend, sie kann aber auch länger dauern. Abgesehen von Einzelfällen sollten Benzodiazepine jedoch nicht länger als vier Wochen verschrieben werden.

Kasten 3: Schlafregulierende Antidepressiva

- Agomelatin (im Zulassungsverfahren)
- Amitriptylin
- Doxepin
- Mianserin
- Mirtazapin
- Trazodon
- Trimipramin

Was tun bei Therapieresistenz?

Hat sich die bisherige medikamentöse Therapie als unwirksam erwiesen, bestehen verschiedene Optionen für Augmentationstherapien, für welche die Evidenzlage sehr unterschiedlich ist. Der Komedikation mit Lithium ebenso wie den nicht pharmakologischen Augmentationsstherapien wie kognitive Verhaltenstherapie, serielle Schlafentzüge und Elektrokrampftherapie wird ein Evidenzgrad A zugeschrieben. Weitere in der

Psychiatrie eingesetzte Augmentationsstherapien sind deutlich weniger gut abgesichert. Dazu gehören etwa der Einsatz von Antikonvulsiva (Valproat, Carbamazepin) als Stimmungsaufheller, von Dopaminagonisten (Bromocriptin, Pergolid), von Antipsychotika (Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Aripiprazol, Zisapridon) oder von Hormonen (Schilddrüsenhormone, Östrogen bei Frauen, Dehydroepiandrosteron [DHEA]), jeweils mit einem Evidenzgrad C. ■

Halid Bas

Zu den neuen Schweizer Behandlungsempfehlungen sind Berichte über die somatische Akuttherapie bei Depressionen in ARS MEDICI 21/2010, S. 846–848 sowie zur Langzeittherapie in ARS MEDICI 22/2010, S. 896–897 erschienen.