

Depression in der Praxis

Die 2 Säulen der hausärztlichen Therapie

Eine Depression wird auch von den Betroffenen nicht immer sofort erkannt. Hausärzte haben die Möglichkeit, selbst eine effektive Therapie einzuleiten oder die komplizierten Fälle zu überweisen. Vor einer medikamentösen Behandlung – aber auch begleitend dazu – sollten niedrigschwellige Kardinalmassnahmen stehen.

Erika Valle, Tom Bschor

Die Kenntnis der Therapieoptionen bei depressiven Erkrankungen ist wegen ihrer Häufigkeit für jeden Behandler bedeutsam (1–3). Dem primärärztlichen Sektor kommt hier eine Schlüsselrolle zu: Hausärzte können Patienten mit Depressionen frühzeitig erkennen, behandeln oder zum Facharzt überweisen. Für die Einleitung einer leitliniengerechten Therapie spielen sie somit eine entscheidende Rolle (4–6). Eine effektive Depressionsbehandlung ist auch in der hausärztlichen Praxis möglich, sofern bestimmte Grundsätze beachtet werden.

Die Entscheidung über das Gesamtkonzept erfolgt in Abhängigkeit vom Schweregrad der Depression. Dieser orientiert sich an der Anzahl der Haupt- und Nebensymptome (nach ICD-10, vgl. *Abbildung*). Voraussetzung für die Diagnose einer depressiven Episode sind eine Minderdauer der Symptomatik über 2 Wochen und der Ausschluss organischer und substanzassoziierter Ursachen (7). Als Säulen der Therapie depressiver Erkrankungen sind Kardinalmassnahmen, Pharmako- und Psychotherapie verfügbar. Im hausärztlichen Bereich sind die ersten zwei Säulen bedeutender.

MERKSÄTZE

- ▶ Eine depressive Episode liegt vor, wenn die Symptomatik über 2 Wochen andauert und es keine organischen und substanzassozierten Ursachen gibt.
- ▶ Nach jedem Schritt zur Anpassung der antidepressiven Pharmakotherapie muss wieder ein mehrwöchiger Wirklatenzzeitraum eingehalten werden. Erst dann lässt sich der klinische Effekt beurteilen.
- ▶ Die Überweisung an einen psychiatrischen Kollegen ist u. a. bei schweren oder wahnhaften Depressionen und Suizidalität (ggf. auch sofortige stationäre Einweisung) indiziert.

Kardinalmassnahmen

Unabhängig von Schweregrad und Ätiologie der depressiven Symptomatik sollte jede antidepressive Behandlung die Kardinalmassnahmen umfassen (8). Diese sind in der Hausarztpraxis unkompliziert und niederschwellig anwendbar. Sie können die Zeit bis zum Wirkungseintritt des Antidepressivums überbrücken und steigern die gesamte Erfolgsrate. Die Kardinalmassnahmen beinhalten:

- ▲ Stabile therapeutische Beziehung: Durch eine vertrauensvolle und empathische Haltung soll sich der Patient mit seinen Sorgen angenommen fühlen. Wichtig ist eine realistische Vorstellung vom Therapieerfolg, zum Beispiel dass die Besserung in «Wellen» erfolgt und das Erreichen von kleineren Zielen schon Zeichen des Heilungsprozesses sein kann.
- ▲ Psychoedukation: Die strukturierte Vermittlung wissenschaftlicher krankheitsbezogener Fakten an Patienten und Angehörige ist für eine gemeinsame Entscheidungsfindung unerlässlich; sie hat in der Psychiatrie zudem eine heilsame Wirkung (9).
- ▲ Problemlösung und Beratung: Depressionen hängen oft mit psychosozialen Konflikten zusammen. Der Behandler sollte zusammen mit dem Patienten versuchen, die Probleme strukturiert und lösungsorientiert zu beschreiben und so weit wie möglich adäquate und realisierbare Optionen zu präsentieren (u. a. die Vermittlung von Informationen zu spezialisierten Beratungsstellen).
- ▲ Tagesstrukturierung: Die Etablierung einer festen Tagesstruktur mit einem Gleichgewicht aus positiven Aktivitäten und bewältigbaren Pflichten hat sich als antidepressiv wirksam erwiesen.
- ▲ Tag-Nacht-Rhythmus, Schlafhygiene: Schlafstörungen und Antriebslosigkeit sind wichtige Symptome einer Depression, die in Kombination zu einer Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus führen, was die Depression weiter verstärkt. Daher sollte man die Patienten dazu anleiten, am Morgen aufzustehen und bis in die Nacht keine liegende

Tabelle 1

Übersicht Antidepressiva

Antidepressiva-Untergruppe	Substanzen	Nebenwirkungen
Trizyklische Antidepressiva (TZA)	Amitriptylin, Clomipramin, Doxepin, Opipramol, Imipramin*, Nortriptylin*, Trimipramin	Anticholinerge Effekte (Obstipation, Mundtrockenheit, Harnverhalt, Akkommodationsstörungen, Delir, Verschlechterung kognitiver Funktionen bei beginnender Demenz), Sedierung, Gewichtszunahme, Herzrhythmusstörungen
Selektive Serotoninwiederaufnahmemhemmer (SSRI)	Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin	Unruhe, Schlafstörungen, gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall), sexuelle Dysfunktion, Kopfschmerzen, ggf. Erhöhung der Blutungsneigung, Verlängerung der QTc-Zeit, v. a. bei hoher Dosis
Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmemhemmer (SSNRI)	Desvenlafaxin, Duloxetin, Milnacipran*, Venlafaxin	Unruhe, Schlaflosigkeit, gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen), Mundtrockenheit, Blutdrucksteigerung
Monoaminoxidasehemmer (MAOI)	Tranlycypromin* (MAO-A und MAO-B, irreversibel), Moclobemid (nur MAO-A, reversibel)	Schlafstörungen, Unruhe, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, gastrointestinale Beschwerden, hypertensive Krisen bei tyraminreicher Ernährung (Tranlycypromin)
Alpha-2-Rezeptor-Antagonisten	Mirtazapin, Mianserin, Trazodon	Gewichtszunahme, Sedierung, Mundtrockenheit, Agranulozytose (Mianserin)
Weitere	Bupropion	Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Agitiertheit, Angst, Zittern, Schwindel, Geschmacksstörungen, Sehstörungen, Tinnitus, erhöhter arterieller Blutdruck, Kopfschmerzen, Fieber und Brustschmerzen, Anfallsauslösung bei Epilepsie

* in der Schweiz nicht (mehr) im Handel nach (22)

Position mehr einzunehmen – unabhängig davon, wie erholsam oder ungenügend der nächtliche Schlaf war. Gegen die Schlafstörungen sind Schlafhygieneregeln und Entspannungsverfahren vorteilhaft. Von Schlafmitteln (Z-Substanzen und Benzodiazepine) wird abgeraten (Abhängigkeitspotenzial), niederpotente Neuroleptika (z. B. Promethazin, Pipamperon) oder sedierende Antidepressiva sind zu bevorzugen.

- ▲ Wachtherapie (Schlafentzug): Diese ist sehr einfach und auch im ambulanten Bereich anzuwenden. Die Patienten verzichten eine komplette Nacht auf ihren Schlaf und gehen erst am Abend des nächsten Tages zur üblichen Zeit schlafen. Nickerchen tagsüber können die erwünschte antidepressive Wirkung verhindern. 60 Prozent der Betroffenen erfahren bereits am nächsten Morgen eine Stimmungsaufhellung (10). Sie ist das einzige antidepressive Behandlungsverfahren mit Sofortwirkung und sollte Bestandteil jeder antidepressiven Behandlung sein. Kontraindikation sind epileptische Anfälle.
- ▲ Selbsthilfe: Der Arzt sollte wissenschaftlich basierte Informationsangebote zur Verfügung stellen, wie etwa von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Bedeutsam ist zudem der Austausch mit anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen und Onlineforen.
- ▲ Sport und Bewegung: Die antidepressive Wirksamkeit von regelmässiger Bewegung mit moderater Intensität ist wissenschaftlich bewiesen (11) und hat viele Vorteile: Sie trägt u. a. zur Etablierung einer festen Tagesstruktur bei, ermöglicht einen besseren Schlaf und Tag-Nacht-Rhythmus,

steigert das Selbstwertgefühl, hilft bei der körperlichen Entspannung und kann katastrophisierende Grübelschleifen temporär unterbrechen.

- ▲ Lichttherapie: Deren Wirksamkeit ist nur für die saisonal abhängige Depression belegt (2). Die Wirkung kann bis zu 4 Wochen nach Beginn auftreten. 30 Minuten täglich reichen aus (Lichtstärke: 10 000 lx). Bei respondierenden Patienten wird empfohlen, die Therapie über die gesamte Dauer der Wintermonate fortzuführen.

Medikamentöse Behandlung

Die aktuelle S3-Leitlinie «Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression» (2) bietet einen Algorithmus zur pharmakologischen Behandlung der Depression. Dessen konsequente Einhaltung führt häufiger und schneller zur Response als eine freie ärztliche Entscheidung, wie randomisierte Vergleichsstudien zeigten (12). Wichtiges Grundprinzip sind hier die Intervalle des Stufenplans zur Evaluation der Wirksamkeit (zumeist nach 4 Wochen) und die davon abhängige Entscheidung über das Verbleiben in der aktuellen Behandlungsstufe oder den Wechsel in die nächste. Eine antidepressive Pharmakotherapie wird bei mittelschwerer (alternativ zur Psychotherapie) und schwerer Depression (in Kombination mit Psychotherapie) empfohlen. Bei leichter Depression setzt man Antidepressiva nur ausnahmsweise ein, stattdessen werden eine aktiv abwartende Haltung über 14 Tage sowie die Kardinalmassnahmen bevorzugt.

In Deutschland sind derzeit rund 30 Antidepressiva mit ähnlichem Wirkungsprofil zugelassen. Sie bewirken eine höhere

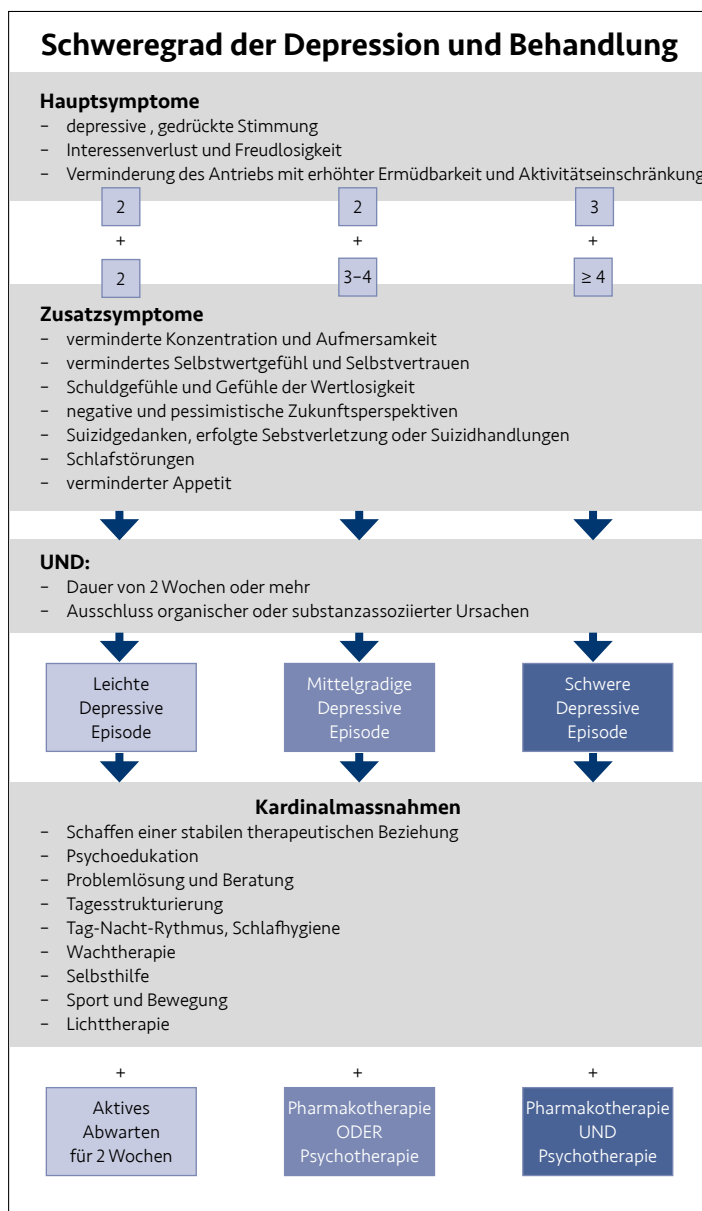


Abbildung: Wie schwer ist die Depression? Die Antwort auf diese Frage hängt von der Anzahl der Haupt- und Nebensymptome (nach ICD-10) ab (aus [22]).

Konzentration von Serotonin, Noradrenalin und/oder Dopamin im synaptischen Spalt bei ähnlicher Wirksamkeit und Latenz bis zum Wirkeintritt (3 bis 4 Wochen) (13, 14). Starke Unterschiede gibt es im Nebenwirkungsprofil (vgl. Tabelle). Nebenwirkungen, Komorbiditäten und Interaktionen mit anderen Medikamenten bestimmen daher die Präparatewahl. Vor Beginn einer medikamentösen Behandlung ist eine genaue Dokumentation der Symptomatik (z. B. psychopathologischer Befund, Selbst- oder Fremdbeurteilungsmethoden wie das Beck-Depressions-Inventar oder die Hamilton-Depressionsskala) (15) wichtig. Es empfiehlt sich, bereits am Anfang ein konkretes Datum für den Entscheidungstag mit dem Patienten zu vereinbaren (mögliche Behandlungsänderung). Für die meisten Antidepressiva ist eine (nicht zu langsame) schrittweise Aufdosierung bis zur Zieldosis erforderlich. Bei selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) kann man häufig unmittelbar mit der Zieldosis starten.

Ist diese erreicht, beginnt der Wirklatenzzeitraum (3 bis 4 Wochen, bei Älteren bis zu 6 Wochen), bevor der Behandlungseffekt beurteilt wird. Symptomatik und Nebenwirkungen sollten in den ersten Wochen engmaschig überwacht werden, und es sollte darauf geachtet werden, ob suizidale Gedanken auftreten und zunehmen. Es ist sinnvoll, die Patienten über die zeitliche Abfolge von Nebenwirkungen (oft initial auftretend, dann rückläufig) und Effekteintritt (mit Wirklatenz) aufzuklären.

Am Entscheidungstag (nach Ende der Wirklatenz) ergeben sich 3 Möglichkeiten bezüglich der depressiven Symptomatik:

1. Remission: Das Antidepressivum sollte als Erhaltungstherapie für weitere 6 Monate eingenommen werden (Verhinderung eines Frührezidivs). Der Patient sollte zur Medikamenteneinnahme motiviert werden – trotz Abwesenheit depressiver Symptomatik.
2. Teilremission: Eine längere Behandlung für weitere 2 bis 4 Wochen ist sinnvoll (bei weiter unzureichendem Ansprechen, vgl. Punkt 3).
3. Keine Remission: Es gibt verschiedene Optionen:

Von einem Wirkstoffwechsel wird abgeraten. Kontrollierte Studien zeigen, dass diese Strategie (angesichts der Ähnlichkeit aller Antidepressiva) keinen Effekt verspricht und nicht wirksamer ist, als lediglich die Einnahme des unwirksamen Antidepressivums zu verlängern (2, 16). Besser geeignet sind folgende Möglichkeiten:

- ▲ Serumspiegelbestimmung im Blut: Für fast alle Antidepressiva wird ein Serumspiegelbereich empfohlen, bei dem ein antidepressiver Effekt zu erwarten ist (15, 17). Wenn ein Antidepressivum in der Standarddosis nicht wirkt, sollte ein Talspiegel bestimmt und gegebenenfalls die Dosis angepasst werden (therapeutisches Drug-Monitoring, TDM).
- ▲ Kombination mit anderem Antidepressivum: Eine positive Verstärkung des antidepressiven Effekts wurde nur für die Kombination von Wiederaufnahmehemmern (SSRI, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer [SNRI], trizyklische Antidepressiva [TZA]; vgl. Tabelle) mit präsynaptischen Alpha-2-Autorezeptor-Blockern (Mirtazapin, Mianserin oder Trazodon) bewiesen. Andere Kombinationen können sogar schädlich sein (Serotoninsyndrom). Für die Kombination dreier Antidepressiva liegt keine Evidenz vor.
- ▲ Aufdosierung: Für einige Antidepressiva (TZA, Tranylcypromin) ist eine positive Dosis-Wirkungs-Korrelation beschrieben (18). Hier lässt sich die Dosis unter Monitoring der Nebenwirkungen erhöhen, falls die Standarddosis nicht effektiv war. Bei SSRI sollte keine Dosiserhöhung erfolgen (kein klinischer Effekt).
- ▲ Augmentation mit Lithium: Mit einer Augmentation lässt sich ein antidepressiver Effekt durch eine weitere Substanz verstärken, die in Monotherapie nicht antidepressiv wirkt. Davor sollte der Serumspiegel des Antidepressivums im therapeutischen Bereich liegen. Eine Lithiumaugmentation ist eine effektive antidepressive Behandlungsstrategie (19), die anders wirkt als Antidepressiva. Lithium sollte man mit einer Serumkonzentration von 0,6 bis 0,9 mmol/l etablieren (regelmässiges Labor). Absolute Kontraindikation ist eine fortgeschrittene Niereninsuffizienz. Lithium

wirkt auch als einziges Psychopharmakon antisuizidal (20). Eine Lithiumbehandlung sollten nur erfahrene Ärzte vornehmen.

Nach jedem Schritt zur Anpassung der antidepressiven Pharmakotherapie muss wieder ein mehrwöchiger Wirklatenzzeitraum eingehalten werden, bevor man den klinischen Effekt beurteilt. Nach Remission der depressiven Symptomatik sollte man die Medikation für 6 Monate als Erhaltungstherapie fortführen. Bei rezidivierenden Verläufen ist eine zeitlich unbefristete Rezidivprophylaxe möglich. Die Überweisung an einen psychiatrischen Kollegen ist indiziert bei schweren oder wahnhaften Depressionen, komplizierten/therapieresistenten Verläufen, Suizidalität (ggf. sofortige stationäre Einweisung), Unsicherheit in der Diagnose oder psychiatrischer Komorbidität (21). ▲

Dr. med. Erika Valle, Prof. Dr. med. Tom Bschor
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
D-01307 Dresden

Interessenlage: Die Autoren haben keine Interessenkonflikte deklariert.

Dieser Artikel erschien zuerst in «doctors today» 5/2021. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autoren.

Literatur:

- Jacobi F et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014; 85: 77–87.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF für die Leitliniengruppe Unipolare Depression: S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 (<https://www.leitlinien.de/mbd/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>).
- Bretschneider J et al.: Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 394.
- Gaebel W et al.: Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Dtsch Arztebl* 2013; 110: 799–808.
- Mack S et al.: Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 289–303.
- Wittchen H-U et al.: Hausärztliche Interventionen und Verschreibungsverhalten bei Depressionen. Ergebnisse der «Depression-2000»-Studie. *Fortschr Med* 2000; 118: 31–39.
- Bschor T, Grüner S: *Psychiatrie fast*. 5. Auflage. Börm Bruckmeier Verlag 2019, Grünwald.
- Selalmazidou A, Bschor T: Depressionsbehandlung: Niedrigschwellige Kardinalmassnahmen als Ergänzung oder Alternative zur Pharmako- oder Psychotherapie. *neuro aktuell* 2020; 7: 23–28.
- Tursi MF et al.: Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2013; 47: 1019–1031.
- Gold L: Schlafentzugstherapie/Wachtherapie. In: Bschor T (Hrsg.): *Behandlungsmanual therapieresistente Depression. Pharmakotherapie – somatische Therapieverfahren – Psychotherapie*. Kohlhammer 2008, Stuttgart, S. 282–294.
- Deslandes A et al.: Exercise and mental health: many reasons to move. *Neuropsychobiology* 2009; 59: 191–198.
- Adli M et al.: How effective is algorithm-guided treatment for depressed inpatients? Results from the randomized controlled multicenter German Algorithm Project 3 Trial. *Int J Neuropsychopharmacol* 2017; 20: 721–730.
- Bschor T, Kilarski LL: Are antidepressants effective? A debate on their efficacy for the treatment of major depression in adults. *Expert Rev Neurother* 2016; 16: 367–374.
- Bschor T: *Antidepressiva: Wie man sie richtig anwendet und wer sie nicht nehmen sollte*. Südwest Verlag 2018, München.
- Bschor T, Broymann V: *Psychiatrie pocket*. Börm Bruckmeier Verlag 2020, Grünwald.
- Bschor T et al.: Switching the antidepressant after nonresponse in adults with major depression: a systematic literature search and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2018; 79: 11–18 (16r10749).
- Hiemke C et al.: Consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in neuropsychopharmacology: update 2017. *Pharmacopsychiatry* 2018; 51: 9–62.
- Rink L et al.: Dose increase versus unchanged continuation of antidepressants after initial antidepressant treatment failure in patients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind trials. *J Clin Psychiatry* 2018; 79: 17r11693.
- Bschor T: Lithium in the treatment of major depressive disorder. *Drugs* 2014; 74: 855–862.
- Cipriani A et al.: Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013; 346: f3646.
- Torge M et al.: Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis. *Psychiatrische Praxis* 2010; 37: 366–368.
- Nagel LT, Bschor T: Mit Konsequenz zum Ziel: Medikamentöse Behandlung von Depressionen. *Kompodium ZNS* 2020: 36–42.