

Torsten Berghändler

Was der Arzt über Depression wissen muss

Zusammenfassung der Plenar Session am SGIM Great Update 2011

Epidemiologischer Stellenwert der Depression

Depression ist eine weltweit immer noch unterdiagnostizierte und unterbehandelte psychische Erkrankung, die schweres Leid für die Betroffenen und ihr Umfeld bedeutet. Depression führt, vor HIV und KHK, weltweit am häufigsten zu relevanten Behinderungen und hohen gesellschaftlichen Kosten. Nicht zuletzt hat die Depression selbst eine hohe Mortalität durch Suizid.

In der Diagnostik und Behandlung der Depression spielt die allgemeininternistische Grundversorgung die entscheidende Rolle; der Weg des Patienten führt selten primär zum Psychiater. Depressionen haben zudem eine grosse internistische Komorbidität bzw. Wechselwirkung mit körperlichen Erkrankungen und deren Therapien. Geeignete diagnostische Fragen wie die zwei Screening-Fragen von Whooley (Tabelle 1) geben erste Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung; die Diagnostik wird vertieft und bestätigt durch die Überprüfung der ICD-10-Kriterien sowie durch geeignete Selbst- und Fremdbeurteilungs-Fragebögen (Tabelle 2). Diese sind einfach auszuwerten und erhöhen die diagnostische Sicherheit.

Die Hauptsymptome der Depression sind eine negative Veränderung der Stimmungslage, Interessenverlust und Freudlosigkeit,

Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit. Die Depression kann bis zum völligen Verlust der Beziehung zur Welt und Umwelt führen und mit einem Gefühl der Gefühllosigkeit einhergehen, welches ebenfalls als sehr belastend erlebt wird.

Trauer ist von der Depression abzugrenzen; sie ist ein intensives Gefühl des Beziehungsverlustes.

Eine leichtgradige Depression erfordert gemäss der diagnostischen Kriterien des ICD 10 zwei Haupt- und zwei Nebensymptome, die mittelschwere depressive Störung zwei Haupt- und 3–4 Nebensymptome und die schwere depressive Störung 4 Haupt- und 4 und mehr Nebensymptome (Tabelle 3). Die schwere depressive Störung kann auch mit Wahn und Halluzinationen einhergehen. Das zeitliche Kriterium für die Stellung der Diagnose ist eine Krankheitsdauer über mindestens 2 Wochen.

In der Regel kommt der Patient mit körpernahen Zeichen einer depressiven Störung in die ärztliche Sprechstunde. Geklagt wird über Interessenverlust und den Verlust der Freude an angenehmen Aktivitäten. Der Patient zeigt eine eingeschränkte Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, sowie eine psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit. Er klagt über Früherwachen, Schlafstörungen, Appetitverlust, Gewichtsverlust, einen deutlichen Libidoverlust, Antriebsverlust. Das Auftreten dieser somatischen Symptome wird gegebenenfalls gesondert mit der Diagnose angegeben. Häufig ist in der störungsspezifischen Exploration ein Morgentief und ein Abendhoch zu finden, beides symptomatisch bei depressiven Störungen. Es empfiehlt sich, den Patienten zumindest gelegentlich morgens einzubestellen, da sonst das klinische Bild täuschen kann.

Von der Depression diagnostisch abzugrenzen sind weitere affektive Erkrankungen (Tabelle 4), die entweder leichteren Ausmasses sind oder einhergehen mit einem Wechsel zwischen depressiver und gehobener bis manischer Stimmung.

Tabelle 1

Screening auf Depressionen: zwei Fragen reichen.

Keine Frage mit «ja» = 90% keine Depression. Wenn eine oder beide Fragen mit «ja» beantwortet werden: >50% Wahrscheinlichkeit einer Depression.

Haben Sie sich in den vergangenen Monaten oft belastet gefühlt durch gedrückte Stimmung, Depressivität oder Hoffnungslosigkeit?

Haben Sie sich in den vergangenen Monaten oft belastet gefühlt durch mangelndes Interesse oder fehlende Freude, Dinge zu tun, die normalerweise Spass machen?

Nach: Whooley MA, et al., J Gen Intern Med. 1997;12(7):439–45.

Tabelle 2

Depressions-Fragebögen.

Selbstbeurteilungs-Skala	Beck'sches Depressions-Inventar (BDI)	
	10–18 Punkte	leichte Depression
	19–29 Punkte	mittelgradige Depression
	30–63 Punkte	schwere Depression
Fremdbeurteilungs-Skalen	Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)	
	15 bis 18 Punkte	milde bis mittelschwere Depression
	>25 Punkte	schwere Depression
	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	
	9–17 Punkte	leichte Depression
	18 bis 34 Punkte	milde bis mittelschwere Depression
	>35 Punkte	schwere Depression

Tabelle 3

Diagnostik der Depression nach ICD-10.

Hauptsymptome	Depressive Stimmung (≠ Trauer)
	Interessenverlust, Freudlosigkeit
	Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit
Zusatzsymptome	Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
	Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
	Gefühl von Schuld / Wertlosigkeit
	Negative und pessimistische Zukunftsperspektive
	Suizidgedanken oder -handlungen
	Schlafstörungen
	Verminderter Appetit
	Gewichtsverlust

Tabelle 4

Weitere affektive Erkrankungen.

Depressive Anpassungsstörung	Vorübergehende leichte depressive Störung bei / nach einem belastenden Ereignis (max. 2 Jahre)
Dysthymie	>2 Jahre anhaltende milde depressive Verstimmung, die nur selten («double depression») die Schwerekriterien einer depressiven Episode erfüllen
Zyklothymie	Anhaltende Stimmungsinstabilität mit zahlreichen Episoden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung, die nicht die Kriterien für manische oder depressive Episoden erfüllen
Bipolare affektive Störung	Wechsel zwischen depressiven und manischen bzw. hypomanischen Episoden

Male Depression

Die typischen Symptome der Depression treffen vor allem für Frauen (und für manche Männer) zu. Viele Männer sind «anders» depressiv. Depressiv sein gilt als «unmännlich». Männer gehen anders mit Hilflosigkeit um als Frauen. In ihrem Rollenverständnis sehen sich Männer als stark und durchsetzungsfähig, sind eher handlungsorientiert als introspektiv und reflexiv. Der Zugang zu den eigenen Gefühlen, deren Reflektion und das Gespräch darüber fallen ihnen schwerer. Männern fällt es daher auch viel schwerer, bei einer Depression Hilfe anzunehmen. Ein besonderes Augenmerk gilt daher der «male depression», die sich v.a. im veränderten Verhalten zeigt (Tabelle 5). Die Besonderheiten der männerspezifischen Depression («male depression») müssen in der diagnostischen Abklärung berücksichtigt werden.

Tabelle 5

Depressions-Checkliste für Männer.

Ich ...
rege mich über Kleinigkeiten auf
trinke regelmässig Alkohol zur Entspannung
betreibe exzessiv Sport
werde körperlich aggressiv
kann mich schlecht beherrschen
reagiere auf meine Umwelt aggressiv
fühle mich ausgebrannt
leide unter Schlafstörungen
erkenne mich manchmal kaum wieder
habe Selbstmordphantasien
werde von einer unerklärlichen Unruhe geplagt

Depression und Burnout

Eine Depression ist vom Burnout-Syndrom abzugrenzen. Sowohl Ätiologie, Symptomatik, Psychophysiologie wie auch die Behandlung sind zum Teil unterschiedlich. Das Burnout-Syndrom ist definiert als Erschöpfung in und an der Arbeit; im Urlaub, am Wochenende und in der Freizeit sind nicht depressive Burnout-Patienten oftmals affektiv unauffällig, schwingungsfähig und in ihrem Verhalten adäquat. Ein nicht behandeltes, länger andauerndes Burnout-Syndrom führt in der Regel zu einer komorbiden depressiven Störung; dieser Krankheitskomplex ist in der Behandlung langwierig und schwierig.

Die differentialdiagnostische Abgrenzung zum Burnout ist in einer ersten Annäherung mit z.B. dieser Frage möglich: «Was würden Sie tun, wenn Sie nicht derart erschöpft wären?» Ein Patient mit einem Burnout-Syndrom hat zwar Ideen, kann diese wegen Erschöpfung aber nicht mehr umsetzen. Eine Depression geht einher mit einem Mangel an Ideen und Motivation.

Ätiologie und Differentialdiagnosen der Depression

Depressionen sind am häufigsten ausgelöst durch belastende Ereignisse. Sie gehen in der Regel mit dem Gefühl der Hilflosigkeit einher. Depressionen können bedingt sein durch eine verminderte Anpassungsfähigkeit des Individuums, sie können aber auch eine (endogene) Erkrankung des Neurotransmitter-Stoffwechsels sein. Körperliche Erkrankungen können Depressionen verursachen oder mit ihnen einhergehen. Chronische Schmerzstörungen, Tumor-Erkrankungen, Schilddrüsen-Unterfunktion, hirnorganische Erkrankungen und andere somatische Krankheiten können Depressionen oder depressionsartige Störungen verursachen. Und nicht zuletzt können diverse Pharmaka als Nebenwirkung Depressionen auslösen. Die Aufzählung in Tabelle 6 ist beispielhaft und nicht abschliessend.

Man kann eine Depression nur erkennen, wenn man danach fragt

Tabelle 6

Beispiele für potentiell depressogene Pharmaka.

Reserpin
Alpha-Methyl dopa
Betablocker
Digitalis
Prazosin
Clonidin
Lidocain
Kortikosteroide

Bei einer depressiven Ersterkrankung empfiehlt sich folgendes differentialdiagnostisches Vorgehen: Internistischer und neurologischer Status, EKG, Differential-Blutbild, Entzündungsparameter, Leberenzyme, Nierenwerte, TSH. Zusatzuntersuchungen, falls indiziert: Lues-Serologie, Drogen-Screening, Lumbalpunktion, Cranio-CT, EEG vor Beginn der antidepressiven Medikation.

Therapie der Depression

Die regelrechte Behandlung der Depression umfasst die pharmakologische Therapie und psychotherapeutische Ansätze. Sinnvollerweise wird die Behandlung einer Depression ergänzt durch komplementäre Verfahren wie Tagesstrukturierung, Sport- und Bewegungstherapie, Stressmanagement und Lichttherapie. Antidepressiva werden aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils differenziell

Mit den bewährten psychiatrischen Therapien, am besten kombiniert, lassen sich depressive Störungen signifikant bessern

verordnet. Benzodiazepine sollten nur mit Zurückhaltung verordnet werden, da sie ein Abhängigkeitspotential haben und teilweise selber depressogen wirken können. Eine gute Krankheitsaufklärung wie auch die aktive Gestaltung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung sind wesentlich für den Therapieerfolg. Die Therapie liegt oftmals sehr gut in den Händen von erfahrenen Hausärzten und von psychosomatisch ausgebildeten Ärzten (Fähigkeitsausweis SAPP). Schwerere und komplexere Fälle sind i.d.R. den psychiatrischen Fachärzten zu überlassen.

Antidepressive Psychopharmakotherapie

Für die Behandlung einer Depression stehen heute zahlreiche spezifisch wirkende Medikamente zur Verfügung. Die Akzeptanz dieser Therapie setzt oftmals eine ausführliche Aufklärung voraus; ungerechtfertigter Weise werden oftmals Suchtentwicklung und Persönlichkeitsveränderungen gefürchtet. Antidepressiva benötigen 7–21 Tage, bis die antidepressive Wirkung einsetzt. Leitlinienkonform wird eine pharmakologische antidepressive Behandlung bei einer Ersterkrankung über ein halbes Jahr Beschwerdefreiheit, bei Rezidiven über 2–5 Jahre Beschwerdefreiheit bis zu ggf. notwendiger lebenslanger Erhaltungstherapie durchgeführt.

Das Nebenwirkungsspektrum der Antidepressiva bestimmt die Auswahl des Präparates

Initial überwiegen bei allen Antidepressiva die Nebenwirkungen: einige, v.a. die SSRI, wirken aktivierend; eine anfängliche Aktivierung ohne bereits eingesetzte antidepressive Wirkung erhöht das Suizidrisiko und

erfordert daher eine besonders erhöhte Aufmerksamkeit. In diesem Kontext ist auch zu berücksichtigen, dass Antidepressiva selber eine Intoxikationspotenz haben. Interaktionen mit anderen, vor allem mit somatischen Medikamenten sind zu beachten.

Grundsätzlich bestimmt das Nebenwirkungsprofil die Auswahl der Substanz. Zu beachten sind hierbei vor allem die Aspekte Müdigkeit (NaSSA) vs. Aktivierung (SSRI), Gewichtszunahme (NaSSA, TZA) vs. Gewichtsabnahme (SSRI, Johanniskraut), kardiologisches Risikoprofil (einige SSRI, TZA) und Interaktionsfreudigkeit mit Co-Medikation (Johanniskraut). Bei erwiesener Wirkungslosigkeit nach 6–8 Wochen konsequenter und ausreichend hoher Medikation sollte die Substanzgruppe (Tabelle 7) gewechselt oder mit einem Medikament aus einer anderen Substanzgruppe kombiniert werden. Dosisempfehlungen und Nebenwirkungen sind dem Kompendium zu entnehmen; sie aufzuführen würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Alle Antidepressiva benötigen ein labordiagnostisches (Tabelle 8) Basis-Monitoring. Mögliche internistische

Tabelle 7

Antidepressiva: Substanzgruppen.

Trizyklische Antidepressiva (TZA): z.B. Amitriptylin, Clomipramin
Tetrazyklische Antidepressiva: z.B. Mianserin, Maprotilin
Monoaminoxidase-Hemmer (MAOI): Moclobemid
Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI): z.B. Citalopram, Sertraline
Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NARI): Reboxetin
Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI): Venlafaxin, Duloxetine
Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA): Mirtazapin
Melatonin-Analoga: Agomelatin
Phytotherapeutika: Johanniskraut

Tabelle 8

Laborkontrollen bei antidepressiver Pharmakotherapie.

Nativ bei allen Antidepressiva	Blutbild, Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte, EKG, RR, Puls
Woche 2 bei allen Antidepressiva	Blutbild, Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte, EKG, RR, Puls
Mianserin	Blutbild 2-wöchentlich für 3 Monate
TZA	Blutbild alle 2 Wochen für 3 Monate, monatlich für weitere 3 Monate, dann ab Quartal 3 3-monatlich
	Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte 4-wöchentlich, dann ab Quartal 3 3-monatlich mit Blutbild, EKG bei Pat. >60. LJ 3-monatlich
Sonstige Antidepressiva	Blutbild, Elektrolyte und Leber- und Nierenwerte 6-monatlich

Nebenwirkungen sollten aufmerksam beobachtet werden, keineswegs aber von einer notwendigen antidepressiven Medikation abhalten. Kombinationen sollten dem damit erfahrenen Arzt vorbehalten bleiben.

Psychotherapie

Folgende psychotherapeutische Methoden haben sich in der Behandlung von depressiven Störungen als wirksam erwiesen: Kognitive Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie nach Beck, Interpersonelle Psychotherapie, Tiefenpsychologisch orientierte Kurztherapie und die Supportive Gesprächspsychotherapie, zu der auch die «kleine Psychotherapie des Hausarztes» gehört.

Zur Rückfallprophylaxe hat neu die «Mindfulness based cognitive therapy (MBCT)» ihre Wirksamkeit bewiesen.

Paartherapie kann besonders bei Paaren mit niedriger Partnerschaftsqualität sehr wirksam sein.

Das wirksamste Antidepressivum ist das, das sicher, regelmässig und in ausreichender Dosierung genommen wird

Depression und Sport

Zahlreiche wissenschaftliche Studien zeigen die antidepressive Wirksamkeit von Sport. Sport erhöht die Konzentration von Serotonin und Vorläufern sowie anderen Monoaminen, Beta-Endorphinen und «brain derived neurotrophic factor» (BDNF), erhöht die Stressresistenz, stärkt das Selbstwirksamkeitserleben und erhöht das Selbstvertrauen in Körperfunktionen.

Die therapeutische Empfehlung ist ein tägliches Training mit mittlerer Anstrengung über 30 Minuten (Ausdauertraining, Krafttraining). Eine niedrigere Intensität hat nur Placebo-Qualität.

Lichttherapie

Bei einer saisonal abhängigen Depression (SAD) ist die möglichst tägliche Exposition mit Tageslicht über 1–2 Stunden die wirksamste und kostengünstigste Behandlung. Alternativ können spezielle Lichttherapie-Lampen eingesetzt werden.

Korrespondenz:

Dr. med. Torsten Berghändler
Praxisgemeinschaft Wetterhaus
Platz 12, 9100 Herisau
torsten.berghaendler[at]hjn.ch