

Eine weitverbreitete Krankheit

Behandlung depressiver Patienten in der Arztpraxis

Johanna Sommer^a, Jean-Nicolas Despland^b

^a Unité de médecine de premier recours, Faculté de médecine, Genève; ^b Institut universitaire de psychothérapie, CHUV

Die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner überweisen ihre depressiven Patienten zur psychiatrischen Behandlung selten an den Facharzt. Es lohnt sich somit in diesem Zusammenhang, dass sie ihr Wissen über die Krankheit erweitern oder einen Psychotherapeuten als Supervisor miteinbeziehen, um die depressiven Patienten besser in der Praxis behandeln zu können.

Ein Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums aus dem Jahr 2013 widmet sich der Depression: In der Schweiz ist die Depression mit einer Jahresprävalenz von 7,5% eine weitverbreitete Krankheit und beginnt in vielen Fällen vor dem 30. Lebensjahr. In mehr als der Hälfte der Fälle verläuft sie rezidivierend, sehr häufig sind körperliche Begleiterkrankungen zu beobachten (55–91%, je nach Schweregrad), und häufig führt sie zu Invalidität (10%, ansteigend in den letzten Jahren) [1]. Nur wenige Depressionspatienten suchen einen Arzt auf (50%), und die Verzögerung bis zum Arztbesuch ist öfters lang: In dem erwähnten Bericht wird ein Zeitraum von zehn Jahren genannt, in dem sich die Depression entwickelt, bevor ein Arzt aufgesucht wird. Grund dafür ist, dass die Krankheit nicht ausreichend diagnostiziert wird (in etwa 40% der Fälle). Die von den Allgemeinmedizinern behandelten Fälle sind häufig schwerwiegend (50%).

Überdies werden laut dem Bericht nur 10% (!) der Depressionspatienten von den Allgemeinmedizinern adäquat behandelt. Allgemeinmediziner verschreiben in vielen Fällen Antidepressiva, Psychiater setzen häufiger Psychotherapie ein.

Diagnose der Depression in der Allgemeinmedizin

Wie wird eine Depression diagnostiziert? In den Ausschnitten aus dem Buch «Siebenmal fallen, achtmal wieder aufstehen» [2] können wir uns das depressive Geschehen, das wir bei unseren Patienten bemerken müssen, bewusst machen und es analysieren: Es handelt sich um ein ganzheitliches Leiden mit körperlichen Symptomen, nach dessen psychischen Aspekten aktiv geforscht werden muss.

Philippe Labro beschreibt gut, wie schwierig die Vorgänge in seinem Inneren zu verstehen sind [2]:

«Ich weiss nicht, was mit mir los ist. Es geht mir nicht gut. (...) Ich fühle mich so erschöpft, dass ich nicht sagen kann, was ich habe. Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, alles ist mühsam, anstrengend, unerträglich; das einzige Ziel ist der Schlaf, in den ich mich flüchten kann. (...) Der Gedanke, dass ich eigentlich nichts auf dem Herzen habe, erleichtert mich, aber nur für einige Sekunden, denn mir kann sowieso nichts mehr helfen. Im Gegenteil, kaum bin ich ein paar Schritte aus dem Haus, wird mich die Angst wieder einholen, die Schlingen dieses unsichtbaren Etwas werden meinen Körper erdrücken, und es wird mir leidtun, dass Doktor M. nichts gefunden hat, was ich «auf dem Herzen habe». (...) Völlige Interessenlosigkeit. Ich habe zu nichts mehr Lust, nichts macht mir Freude. Essen ist eine Qual, Trinken eine Plage. Die Mandarine schmeckt nach nichts mehr, das Püree lässt sich nicht schlucken, und der Kaffee hat einen bitteren Nachgeschmack. (...) Ich kann nicht einmal mehr weinen. Wenn ich es nur könnte, wenn das alles sich nur in einem gewaltigen und tröstlichen Schluchzen auflösen würde; Weinen tut manchmal gut. Aber es kommt nicht durch, nichts mildert den Schmerz. Die Tränen können die Traurigkeit und die Isolation nicht durchbrechen. Die Trauer ist trocken, die Isolation dumpf, der Kummer steril. Definiere den Schmerz. Wo passiert er? Im Bauch? Ja, dort, mitten im Körper, wie ein Bohrer, der sich ins Zentrum bohrt, es hört nicht auf, sich zu drehen, wie eine Zentrifuge, wie eine Betonmischmaschine, die Sand und Kalk und Wasser zu Zement zermahlt.»

Es ist leicht ersichtlich, dass diese Beschreibung eher auf körperlichen Empfindungen als psychischen Anzeichen basiert. Aus diesem Grund suchen die meisten Patienten zuerst den Hausarzt auf, ohne zu wissen, was in ihrem Inneren vorgeht, und ohne zu den emotionalen Aspekten der Störung intuitiven und unmittelbaren Zugang zu haben. Aufgrund der düsteren und bedrückenden Gefühle, die während des Gesprächs deutlich werden und auch bei uns ein Gefühl der Ohn-

Der Artikel basiert auf einem Workshop, der im Rahmen des JHaS-Kongresses 2016 stattfand.

macht und Lähmung auslösen können, müssen wir differentialdiagnostisch auf eine Depression schließen und aktiv und explizit nach Diagnosekriterien forschen, etwa mit Hilfe des DSM-5 (Tab. 1).

Table 1: Diagnosekriterien einer *Major Depression* laut DSM-5 (die nicht auf eine andere Ursache zurückgeführt werden können).

Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen über mindestens zwei Wochen, ein Symptom davon muss «1» oder «2» sein:

- 1 Depressive Verstimmung (Gefühl der Trauer oder Leere, Weinen)
- 2 Deutlich vermindertes Interesse (Anhedonie)
- 3 Signifikante Ab- oder Zunahme des Gewichts (5%) oder Verringerung oder Zunahme des Appetits
- 4 Schlaflosigkeit oder Hypersomnie
- 5 Unruhe oder psychomotorische Verlangsamung
- 6 Müdigkeit oder Energieverlust
- 7 Gefühle der Wertlosigkeit oder Schuld
- 8 Verringerung der Denk-, Konzentrations- oder Entscheidungsfähigkeit
- 9 Wiederkehrende Todesphantasien oder Selbstmordgedanken

Wenn wir die Zahl der erkannten Fälle von Depression unter unseren Patienten erhöhen möchten, müssen wir es uns zur Gewohnheit werden lassen, zumindest bei den ersten Konsultationen oder bei den jährlichen Kontrolluntersuchungen diese beiden Fragen zu stellen (Kriterien 1 und 2):

- *Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?*
- *Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?*

Auch wenn nur die Hälfte der Patienten, die diese beiden Fragen mit «Ja» beantworten, tatsächlich unter einer Depression leidet (Spezifität 57%), ist die Sensitivität hervorragend, da lediglich bei 3% der Depressionspatienten die Krankheit durch diese Fragen nicht erkannt wird (Sensitivität 97%) [3]. Somit ist mit Hilfe dieser Befragung, sofern die Kriterien zur Diagnose von Depression im Vorfeld präzisiert werden, die schnelle Erfassung einer allfälligen Erkrankung möglich.

Andere allgemeinmedizinische Symptome können auf eine Depression hinweisen: Libidoverminderung, Reizbarkeit und Aggressivität (besonders bei Männern), Beklemmung, erhöhter Alkoholkonsum sowie besonders bei älteren Patienten kognitive Störungen.

Unterstützung des depressiven Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis

Sobald die Diagnose gestellt ist, müssen Rahmen und Inhalt der unterstützenden Gespräche in der allgemeinmedizinischen Praxis festgelegt werden. Es ist zielführend, zumindest zu Beginn regelmässige, im Voraus geplante und ausreichend lange Gespräche (mind. 30 Minuten) vorzusehen. Dafür muss man genügend Zeit und Energie zum Zuhören und für das Gespräch haben. Die Emotionen des Patienten sollten anerkannt werden, indem man das, was man auf der Gefühlsebene wahrnimmt, äussert und sich empathisch zeigt. Es sollte eine warme und verständnisvolle Atmosphäre entstehen. Die Symptome und die Diagnose müssen dem Patienten erklärt werden, und es



muss deutlich gemacht werden, was wir unter Depression verstehen, indem wir unsere und seine Vorstellung davon vergleichen. In vielen Fällen ist der schwierigste Schritt, den Patienten dazu zu bringen, die Krankheit zu akzeptieren. Der Patient muss folglich oft unterstützt und ermutigt werden, und die Hoffnung muss ihm gegeben werden, dass eine Heilung möglich ist, sofern die Grundlagen zur Behandlung geschaffen werden und man sich die nötige Zeit dafür gibt. Dies erfordert häufige Gespräche über die sozioprofessionellen Auswirkungen, womöglich eine Krankschreibung in Abstimmung mit dem Patienten und die klare Festlegung der Ziele dieser Krankschreibung.

Regelmässig muss die Suizidgefährdung des Patienten evaluiert werden, etwa durch die Frage: «Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen, weil das Leid zu gross geworden ist?» Zudem muss nach allfälligen Selbstmordplänen gefragt werden: «Auf welche Weise wollen Sie sich das Leben nehmen?» Es gilt ebenso zu untersuchen, wie konkret die Pläne und wie weit die Vorbereitungen sind. Schliesslich muss versucht werden, die Barrieren gegen den Selbstmordimpuls zu verstärken: «Was hält Sie davon zurück, es zu tun?» Es besteht die Möglichkeit, eine Abmachung darüber abzuschliessen, dass kein Selbstmordversuch unternommen wird. Dieser Vertrag hat zwar keine juris-

Es gilt, den Patienten dazu zu motivieren, sich an einer aktiven und vertraglich vereinbarten Behandlung zu beteiligen und sicherzustellen, dass er sie einhält.

tische Bedeutung, festigt jedoch die therapeutische Beziehung zum Patienten und bestärkt die Sicherheit, dass es eine Lösung und Hilfe gibt, wenn die Verzweiflung überhandnimmt. Wenn die Suizidgefährdung sehr stark ist, muss auch eine Hospitalisierung auf nichtfreiwilliger Basis in Betracht gezogen werden. Danach gilt es, den Patienten dazu zu motivieren, sich an einer aktiven und vertraglich vereinbarten Behandlung zu beteiligen und sicherzustellen, dass er sie einhält. Für den jeweils folgenden Behandlungstermin sollten sinnvolle Ziele gesetzt und Tätigkeiten festgelegt werden, die er wieder aufnehmen könnte (Freizeitbeschäftigungen, die Beziehung zum eigenen Körper durch körperliche Betätigung wiedererlangen usw.). Damit der Patient die Schwierigkeiten bewältigen, den Alltag umgestalten und somit besser mit dem Stress umgehen kann, muss konkrete Hilfe angeboten werden. Häufig neigen die Patienten dazu, die positiven Veränderungen nicht wahrzunehmen oder aufgrund der Störung herunterzuspielen; deshalb müssen diese Verbesserungen hervorgehoben und gewürdigt wer-

den. Die körperlichen Symptome (etwa Schmerzen und Verdauungsstörungen) und die Schlafstörungen müssen unbedingt angesprochen und behandelt werden. Über die Möglichkeit einer Psychotherapie bei einer qualifizierten Fachperson muss konkret gesprochen werden. Auch über die zu erreichenden Ziele ist zu diskutieren wie auch über die Art der Therapie, die für

Falls eine medikamentöse Behandlung indiziert ist, muss mit dem Patienten über seine Vorstellungen, Befürchtungen und Vorurteile hinsichtlich der Therapie, aber auch über den erwarteten Nutzen und die nötige Wartezeit bis zum Wirkeintritt gesprochen werden.

den Patienten am besten geeignet ist. Unter der Voraussetzung, dass zwischen den psychotherapeutischen Methoden kein Unterschied in der Wirksamkeit besteht, sind die Ausführungsweise sowie der Therapeut (wenn sie aufgrund früherer Zusammenarbeit bekannt sind) ausschlaggebend.

Antidepressiva können die Entwicklung der Depression nur im Fall einer schweren *Major Depression* beeinflussen. Bei leichten und mittelgradigen depressiven Episoden ist die Psychotherapie der medikamentösen Behandlung gleichwertig. Meist ist es also nicht dringend, mit einem Psychopharmakon zu beginnen, da in den ersten beiden Wochen die Nebenwirkungen den Nutzen häufig überwiegen. Es dauert ein bis zwei Wochen, bis die Wirkung eintritt und die ersten Auswirkungen auf die Stimmung festzustellen sind, und vier bis acht Wochen bis zur Rückentwicklung der Depressionssymptome. Falls eine medikamentöse Behandlung indiziert ist, muss mit dem Patienten über seine Vorstellungen, Befürchtungen und Vorurteile hinsichtlich der Therapie, aber auch über den erwarteten Nutzen und die nötige Wartezeit bis zum Wirkeintritt gesprochen werden, um die Adhärenz zu steigern. Die medikamentöse Behandlung sollte jedenfalls Teil einer ganzheitlichen Betreuung sein und sich nicht auf die Verschreibung des Medikaments beschränken.

Tabelle 2: Indikationen für die Einbeziehung eines Psychiaters.

- Schwierige Differentialdiagnose
- Depression mit psychotischen Symptomen
- Bipolare Depression
- Chronische Depression
- Dysthymische Störung
- Begleitkrankheiten (körperlich oder psychiatrisch)
- Suizidgefahr
- Verschriebene Behandlung spricht nicht an (4 bis 6 Wochen)
- Unverträglichkeit, Nebenwirkungen
- Nutzen einer speziellen Psychotherapie

Bei einer ersten Depression sollte das Antidepressivum nach der vollständigen Remission der Depressionssymptome weitere vier bis sechs Monate lang eingenommen werden. Man darf sich nicht mit einer teilweisen Remission zufriedengeben, da die Störung sonst chronisch werden kann. Das klinische Ziel ist das völlige Verschwinden der Symptome; wird dies nicht erreicht, ist eine aktive Behandlungsstrategie (zum Beispiel Dosissteigerung, medikamentöse Kombinationstherapie, Kombination Antidepressivum und Psychotherapie) erforderlich. Wenn die erste Therapieanpassung keine Wirkung zeigt, ist es sinnvoll, die Meinung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie einzuholen (nach etwa vier bis sechs Wochen). In Tabelle 2 sind die weiteren Indikationen für die Einbeziehung eines Psychiaters aufgelistet, aber natürlich ist es jederzeit möglich, einen fachärztlichen Rat zu erbitten, falls dies nötig erscheint.

Soll das Antidepressivum abgesetzt werden, so muss das Medikament schrittweise ausgeschlichen werden, um ein Entzugssyndrom zu vermeiden.

Korrespondenz:

Johanna Sommer
Unité de médecine
de premier recours
Faculté de médecine
CH-1205 Genève
johanna.sommer[at]
unige.ch

Das Wichtigste für die Praxis

- Depression systematisch erkennen durch Stärkung unserer zwischenmenschlichen und emotionalen Fähigkeiten sowie unserer Kenntnisse, um Depressionssymptome zu erfassen.
- Unterstützende Gespräche führen: regelmässig, ausreichend lang; warme und empathische Atmosphäre; Diagnose erklären und deren Akzeptanz fördern; schrittweise Ziele festlegen; Suizidgefährdung evaluieren; Krankschreibung diskutieren; besonders bei medikamentöser Behandlung Adhärenz sicherstellen; Psychotherapie vorbereiten.
- Beginn einer Therapie mit Antidepressiva ist selten dringend; ihre Wirkung entspricht in leichten und mittelgradigen Fällen einer Psychotherapie.

Bildnachweis

© Barbara Helgason | Dreamstime.com

Literatur

- 1 OBSAN Rapport 56, la dépression dans la population suisse. Niklas Baer, et al. 2013.
- 2 Philippe Labro. Tomber sept fois et se relever huit. Ed. Albin Michel, Paris 2003.
- 3 Bruce Arroll, Natalie Khin, Ngaire Kerse. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. BMJ. 2003;327:1144–6.