

# Integrative Therapie der Depression

D. Hell, H. Böker, T. Marty

## Einleitung

Depressionen gehören zu den häufigsten Befindlichkeitsstörungen in der modernen Gesellschaft. In depressiven Krankheitsfällen ist aber nicht nur das Befinden gestört. Ebenso sind Antrieb sowie kognitive und biologische Funktionen beeinträchtigt. Zu den Leitsymptomen einer Depression zählen denn auch Niedergeschlagenheit, Interesse- und Freudeverlust sowie verminderter Antrieb (Tab. 1, Kriterien A). Bei genauerer Analyse zeigt sich in der Regel, dass im depressiven Zustand nicht einzelne mentale Funktionsabläufe isoliert defizient sind, sondern dass die depressive Behinderung dadurch entsteht, dass die Auslösung bzw. Initiierung verschiedenster kognitiver, emotionaler und konnativer Leistungen (vorübergehend) erschwert ist. Dadurch ergibt sich das Bild einer Hemmung von Funktionsabläufen, deren strukturelle Grundlage an sich intakt ist. In der Depressionsforschung wird deshalb zur Zeit vor allem den sogenannten «exekutiven Funktionen» nachgegangen und ihre Rolle bei der

Entstehung depressiver Gefühls-, Denk- und Handlungserschweris geprüft. Zugleich wird in der Depressionsforschung zunehmend die Selbsteinschätzung depressiver Menschen untersucht. Auf einen einfachen Nenner gebracht, scheint in der Depression einerseits eine bio-soziale Grundstörung mit einer Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen (Tab. 2) vorzuliegen und andererseits eine durch die Depression aktivierte Grundhaltung (im Sinne einer negativen Selbsteinschätzung oder «self inefficacy») vorzuliegen. Der Gesunde ist imstande, seine Fähigkeit zur Initiierung und die Selbstbewertung mehr oder weniger in einem (positiv empfundenen) Gleichgewicht zu halten. Bei depressiven Menschen dagegen können sich biosoziale Grundstörung und psychologische Selbstabwertung gegenseitig hochschaukeln, so dass es im Verlauf einer depressiven Entwicklung zu einer spiralförmigen Vertiefung des depressiven Leidens kommt (Tab. 3). Depressionsauslösend ist häufig eine bestimmte innere oder äussere Belastungssituation, die je nach genetischer oder biographisch bedingter Verletzlichkeit zu einer übermässigen Kortisolausschüttung und zu einem veränderten Hirnaktivitätsmuster (vor allem im rostralen limbischen System) führen. Je nach Selbsteinschätzung und Sozialsituation kann das biosoziale Grundmuster der Depression durch eine heftige, aber dysfunktionale Gegenwehr einer Person verstärkt oder unterhalten werden. So kann eine junge Frau mit Kleinkindern aus familiärer Verpflichtung ein biosozia-

**Tabelle 1. ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode.**

ICD-10-Forschungskriterien einer depressiven Episode		
Die Einschlusskriterien für eine depressive Episode sind erfüllt, wenn während mindestens ca. 2 Wochen		
A. mindestens zwei (bzw. für eine schwere Depression drei) der folgenden Symptome vorliegen:		
1.	depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag und im wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen	
2.	Interessen- oder Feudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren	
3.	verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit	
B. und zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome vorliegt, wobei die Gesamtzahl der Symptome je nach Schweregrad mindestens 4–8 beträgt (siehe unten):		
4.	Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls	
5.	unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle	
6.	wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid; suizidales Verhalten	
7.	Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit	
8.	psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)	
9.	Schlafstörungen jeder Art	
10.	Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung	

*Abstufung der Depression in Schweregrade:*

Leichte Depression	2 Symptome der ersten drei	Gesamtzahl mindestens 4
Mittelgradige Depression	2 Symptome der ersten drei	Gesamtzahl mindestens 6
Schwere Depression	3 Symptome der ersten drei	Gesamtzahl mindestens 8

Psychiatrische  
Universitätsklinik,  
Zürich

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Daniel Hell  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Lenggstr. 31  
CH-8029 Zürich

les Grundmuster nicht zulassen oder ein selbstkritischer Mann mit hohem Arbeitsethos eine noch leichte depressive Hemmung aus innerer Überzeugung bekämpfen. Selbstverständlich sind auch direkte biologische Einflüsse (die v.a. das rostrale limbische System inklusive präfrontalen Kortex betreffen) bei der Depressionsentwicklung zu berücksichtigen (z.B. frontale zerobrovaskuläre Insulte, Hypothyreose, Steroid- oder Zytostatikatherapien usw.).

**Differentialdiagnose verschiedener Depressionsformen**

Während depressive Syndrome relativ leicht zu diagnostizieren sind (Tab. 1), kann die weiterführende nosologische Zuteilung depressiver Zustände Schwierigkeiten machen (Tab. 4): z.B. kann die Differentialdiagnose zwischen einer mit Erinnerungsstörungen einhergehenden Depression im Alter und einer beginnenden dementiellen Entwicklung eine diagnostische Herausforderung darstellen. Hier empfiehlt sich gerade für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die bei der Erkennung depressiver Zustände und bei der Einleitung geeigneter Behandlungsmassnahmen eine entscheidende Rolle spielen, in unklaren Situationen einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beizuziehen, auch weil die längerfristige Be-

handlung und Prophylaxe von der nosologischen Diagnostik abhängt. (Rezidivierende) depressive Episoden sind im Erwachsenenalter – nicht selten auch in der Adoleszenz – vor allem von der bipolaren affektiven Störung (früher manisch depressive Erkrankung) abzugrenzen. Ferner sind anhaltende depressive Verstimmungen zumeist milderer Schweregrades (sogenannte Dysthymien, früher als depressive Neurosen bezeichnet) von den episodisch auftretenden Depressionen zu unterscheiden. Die vereinfachte moderne psychiatrische Depressionsdiagnostik ist bestrebt, auf Ursachen orientierte Einteilungsversuche (wie endogene oder psychogene Depressionen) zu verzichten und statt dessen depressive Zustandsbilder rein deskriptiv nach dem Schweregrad und nach dem Verlauf zu charakterisieren. So unterscheidet die ICD-10-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation nach dem Schweregrad leichte, mittelschwere und schwere depressive

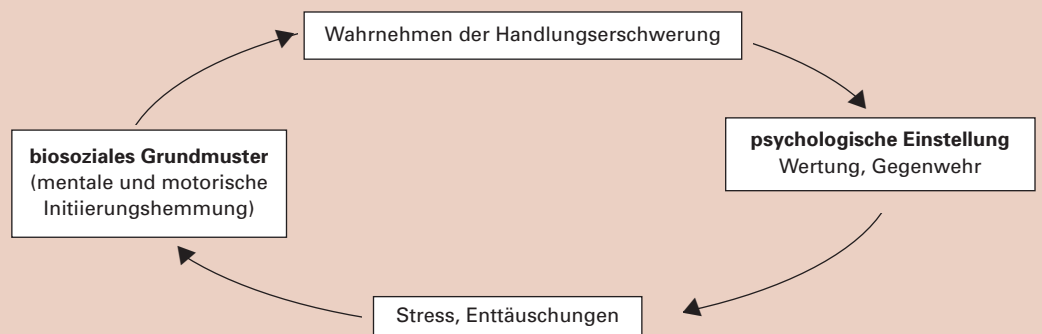
**Tabelle 2: Biosoziales Grundmuster der Depression.**

- Initiierungshemmung.
- Verlangsamung von mentalen Abläufen (z.B. Denken, Erinnern)
- Verlangsamung von Bewegungsabläufen (Psychomotorik)
- Hemmung von psychobiologischen Funktionen (Schlaf, Appetit, Verdauung usw.)

**Tabelle 4: Affektive Störungen nach ICD-10.**

- F 30 Manische Episode
- F 31 Bipolare affektive Störung (hypo)manische/depressive mit/ohne somatische Symptome mit/ohne psychotische Symptome
- F 32 Depressive Episode leicht/mittelgradig/schwer mit/ohne somatische Symptome mit/ohne psychotische Symptome
- F 33 Rezidivierende depressive Störungen gegenwärtig leicht/mittelgradig/schwer mit/ohne somatische Symptome mit/ohne psychotische Symptome
- F 34 anhaltende affektive Störungen  
Zyklothymia  
Dysthymia
- F 38 andere

**Tabelle 3: Zusammenspiel von biosozialen und psychologischen Faktoren in der Depressionsentwicklung.**



Episoden. Diese Grundeinteilung kann je nach Vorhandensein somatischer (frühmorgendliches Erwachen, Appetit- und Libidoverlust) oder psychotischer Symptome (Wahnbildungen und Halluzinationen) noch weiter differenziert werden. Nach ihrem Verlauf werden einmalige depressive Episoden von rezidivierenden depressiven Störungen unterschieden. Treten depressive Episoden bei Vorhandensein einer dysthymen Störung, die einen Menschen oft von Jugend an als subdepressiv-gehemmte Persönlichkeit erscheinen lässt, auf, ist eine Doppeldiagnose zu stellen. Gerade dieses zuletzt genannte Beispiel macht deutlich, dass die Vorzüge der modernen Klassifikationssysteme auch mit erheblichen Nachteilen verbunden sind. So besteht durchaus die Gefahr, dass die Besonderheit des jeweiligen Einzelfalls (Persönlichkeit, innere Konflikte, Belastungen im psychosozialen Umfeld) in eine lediglich auf die Kriterien «Schweregrad» und «Verlauf» gerichteten Sichtweise übersehen werden.

### Die zentrale Rolle eines schrittweisen Vorgehens

Die Behandlungsplanung richtet sich im akuten Erkrankungsstadium hauptsächlich nach dem Schweregrad der Depression. In der anschließenden Rekonvaleszenzzeit und nach Abklingen der Depression gewinnen prophylaktische Massnahmen an Bedeutung. Diese sind abhängig von der durchgemachten Episodenzahl und -schwere. Darüber hinaus sind Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die sowohl mit der Persönlichkeit der Patienten/-innen (wie hat der/die Betreffende seine Krankheit verarbeitet, wie geht er/sie mit ihr um?) wie auch mit dem aktuellen sozialen Umfeld (auf welche psychosozialen Ressourcen in Familie, Partnerschaft und Beruf kann der/die Betreffende zurückgreifen?) und den möglichen Folgen von Chronifizierungsprozessen (etwaige negative Folgen rezidivierender Erkrankungen, Abklärung der Notwendigkeit eines IV-Antrages) verknüpft sind. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte können dabei aufgrund ihrer oft jahrelangen Kenntnis von Patientin bzw. Patient und sozialem Umfeld am ehesten wesentliche Weichen bei der Auswahl und Verknüpfung der zur Verfügung stehenden komplementären somato-, psycho- und soziotherapeutischen Behandlungsmethoden stellen [1].

Die Ansatzpunkte der verschiedenen Therapieverfahren ergeben sich aus den integrativen, zirkulären Depressionsmodellen, die in den letzten Jahren entwickelt wurden [2–4]. In psychologischer Hinsicht ist die Depression neben der bedrückten Stimmung (besser: «Herabgestimmtsein») durch einen Mangel an affektiver Ansprechbarkeit und durch einen Mangel an

Selbstwertgefühl [5] gekennzeichnet. Schuldgefühle und Schuldwahn sind dabei extremes Ausdrucks- und Erlebensmuster einer durch ein extrem strenges, rigides Gewissen gekennzeichneten Persönlichkeit. In der Manie wird diese Gewissensstrenge (psychodynamisch als rigides Über-Ich bezeichnet) nur vorübergehend aufgehoben. Unerträgliche Scham- und Schuldgefühle sind häufig der hohe Preis dieses vergeblichen Befreiungsversuches. In expressiv-motorischer Hinsicht äussert sich dieses innere Drama von Angst, Wut und Schuldgefühl (nicht zu verwechseln mit realer Schuld!) in einer Erstarrung von Mimik und Gestik. In sozialer und kommunikativer Hinsicht entwickeln sich Teufelskreise, in welche die Partnerinnen und Partner depressiv Erkrankter und das weitere soziale Umfeld einbezogen sind [3, 4]. Weder ungeduldiges Drängen noch übergrosse Rücksicht tragen zu einer Weiterentwicklung bei.

Die neurophysiologischen und neurochemischen Substrate bzw. Korrelate schwerer Depressionen bestehen in Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen Nebennierenachse (HPA-Achse) und in Veränderungen des Schlafmusters. Der häufig festgestellte Hyperkortisolismus, der mit zentralen Dysregulationen gekoppelt ist, kann eine chronische Stresssituation widerspiegeln, aber möglicherweise auch bedingen. Den Schlafstörungen depressiv Erkrankter – häufig das erste und vielfach auch das hartnäckigste Symptom nach Stimmungsaufhellung – kommt in der Behandlung eine zentrale Bedeutung zu. REM-Vorverlagerung und Abnahme der Tiefschlafstadien stehen mit Störungen des zirkadianen Rhythmus in Beziehung und können eine Desynchronisation des depressiven Menschen mit seiner Umwelt bzw. eigenen Reglersystemen anzeigen [6].

Die Ursache dieser Veränderungen bleibt zurzeit noch weitgehend offen. Sicher ist nur, dass die Veränderungen auf den verschiedenen Ebenen eng miteinander korrelieren.

Gemäss der einleitend dargestellten zirkulären Sichtweise kann davon ausgegangen werden, dass biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren sich unter Umständen über negative Verstärkermechanismen wechselseitig ungünstig beeinflussen können [2, 3, 7]. Mögliche biopsychosoziale Circuli vitiosi können sich auf folgenden Wegen entwickeln:

- Genetische Dispositionen können unter anderem das biologische Reaktionsmuster (HPA-Achse, Vegetativum), wahrscheinlich aber auch Persönlichkeitsstile und Bewältigungsmuster beeinflussen.
- Ungünstige psychosoziale Umstände in der frühen Kindheit (nicht kompensierter früher Elternverlust, chronische Spannungssituationen, unzureichende Förderung der Autonomieentwicklung) können zu einem negativen

Selbstkonzept beitragen, das mit einer erhöhten Verletzlichkeit einhergeht, auf Enttäuschungen und Verluste depressiv zu reagieren.

- Aktuelle soziale Belastungssituationen (persönliche Verlusterfahrungen, Verlust der sozialen Rolle, Arbeitslosigkeit) sind nachweislich auslösende Faktoren beim ersten Auftreten depressiver Episoden.
- Chronifizierungsprozesse stehen in einem Zusammenhang mit einer gewissen Eigendynamik des Organismus wie auch mit einem zunehmenden Verlust psychosozialer Ressourcen [8].

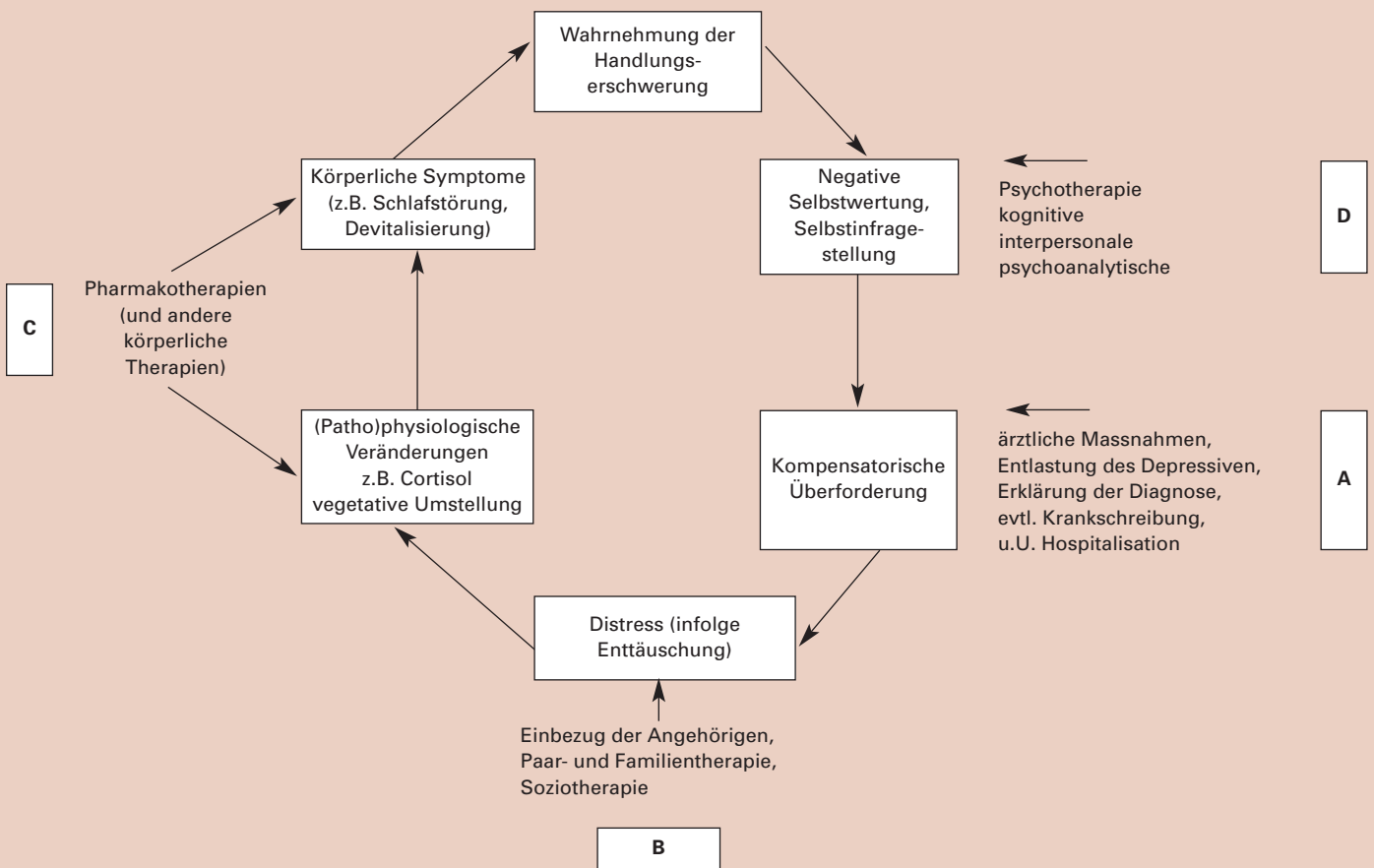
Die Annahme einer linearen Abfolge von Disposition und auslösenden Faktoren wird unseres Erachtens der Problematik depressiver Menschen nicht gerecht. Die längerfristige Betreuung depressiv Erkrankter zeigt vielmehr, dass die verschiedenen Faktoren wechselseitig aufeinander einwirken. Die therapeutischen Interventionen ergeben sich aus der zirkulären

Verknüpfung der einzelnen Faktoren und sollen im folgenden unter Berücksichtigung des jeweiligen Erkrankungsstadiums dargestellt werden. Zum besseren Verständnis sollen die einzelnen therapeutischen Schritte systematisch nach einem zirkulären Depressionsmodell (Tab. 5, Schritte A – D) erläutert werden.

### A) Therapeutische Haltung bei Behandlungsbeginn

Eine wesentliche Grundlage der Depressionsbehandlung ist die therapeutische Haltung der Behandelnden, die es den depressiv Erkrankten ermöglicht, sich auch in ihrer Erkrankung als akzeptiert zu erleben. Die Möglichkeit, sich mitzuteilen und eine Resonanz beim Gegenüber zu erleben, stellt eine erste wesentliche heilsame Erfahrung für den depressiv Erkrankten dar, hat dieser sich doch häufig aus Schamgründen bereits über einen längeren Zeitraum zurückgezogen und vielfach auch

Tabelle 5: Integratives Depressionsmodell.



Die Depression wird – ausgehend von erfahrem Distress – als zirkulärer Prozess von biologischen (links) und psychologischen (rechts) Faktoren dargestellt. Die therapeutischen Einflussmöglichkeiten sind mit A-D markiert.

nahe Angehörige nicht mehr einbezogen. Die vorhandenen Beschwerden sollten möglichst offen und nüchtern erfragt werden. Wesentlich kann es sein, die mögliche Suizidalität zu thematisieren. Mit Relativierungen der Beschwerden und falschen Vertröstungen («halb so schlimm», «wird schon wieder») können Ärztinnen und Ärzte – ohne es zu wollen – zu einer weiteren Zunahme der bereits bestehenden Tendenzen depressiv Erkrankter beitragen, sich selbst zu überfordern und/oder sich als Versager zu erleben. Bei den Interventionen sollte berücksichtigt werden, dass ein einfühlendes Verstehen depressiver Menschen dadurch erschwert wird, dass diese affektiv weniger mitschwingen können und zudem oft als dysphorisch verstimmt erscheinen, so dass sich auf seiten des Arztes neben Mitgefühl auch Abwehr regen können. Dabei handelt es sich um ein typisches Interaktionsphänomen mit einem depressiven Menschen. Es ist im weiteren Verlauf von grosser Tragweite, wenn dieses durch den depressiv Erkrankten ausgelöste Interaktionsphänomen zu Rückzug oder gar therapeutischem Nihilismus führt. Es empfiehlt sich, Beschwerden und Klagen zunächst unkommentiert zusammenzufassen, sie jedoch nicht zu interpretieren oder gar zu relativieren. Die Akzeptanz der Depression verhilft den betroffenen Patienten/-innen, dass sie ihren Zustand, den sie ohnmächtig bekämpfen, als von anderen angenommen erleben können, ohne mit weiteren Schuldgefühlen reagieren zu müssen. An dieser Stelle zeigt sich, dass das diagnostische Gespräch bereits der Beginn der Therapie ist. In der Praxis bewährt es sich, von körperlichen Symptomen (wie Schlafstörung, Appetit- und Gewichtsverlust, Antriebsstörung, Konzentrations- und Gedächtniseinbusse, Morgentief und Tagesrhythmik) auszugehen und erst allmählich auf das schwerer in Worte zu fassende innere Erleben (Versagens- und Zukunftsängste, Selbstvorwürfe, Schuldwahn) zu sprechen zu kommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das gesamte Zeiterleben depressiv Erkrankter verlangsamt ist. Fehlt die nötige Zeit bei einer ersten Konsultation, so sollten die Patienten/-innen bald möglichst wiedereinbestellt werden. Immer gilt es, eine akute Suizidalität einzuschätzen, bevor die ambulante Therapie fortgesetzt wird. Die Mitteilung der Diagnose und weitere diagnostische Informationen haben für die Patienten/-innen häufig eine entlastende Funktion, da auf diesem Wege deutlich gemacht wird, dass die Betroffenen an einer bekannten medizinischen Krankheit mit günstiger Prognose leiden. Gerade bei erstmaligen depressiven Episoden ist die bisher unbekannte Erfahrung einer psychischen Fragilität für die Patienten/-innen oft erschütternd. Durch eine allfällig nötige Krankenschreibung kann der kompensatorischen Selbstüberforde-

rung Depressiver entgegengewirkt werden. Seltener wird eine Hospitalisation notwendig sein (insbesondere bei akuter Suizidalität und schweren depressiven Episoden). Der entlastende therapeutische Effekt kann auf diese Weise unter Umständen noch verstärkt werden, indem der depressiv Erkrankte aus dem Feld seiner täglichen und häuslichen Pflichten vorübergehend herausgenommen wird. Von längeren Ferienreisen oder Kuraufenthalten ist jedoch eher abzuraten, da diese von depressiv Erkrankten zumeist als Belastung erlebt werden, wenn die Patienten/-innen sich durch die an sie gerichteten Erwartungen überfordert fühlen. Prinzipiell ist die Entlastung im akuten Krankheitsstadium eine wichtige Massnahme. In der Praxis handelt es sich um einen gemeinsamen Suchprozess nach einem guten Mass (an Entlastung), in den je nach dem auch das Umfeld miteinbezogen werden sollte. Der Rückzug aus sozialen Aufgaben und Verpflichtungen kann für depressive Menschen auch zur Belastung werden, wenn sie die Massnahme als Bestätigung ihres (subjektiv empfundenen) Versagens erleben, Ängste vor einer Stigmatisierung entwickeln usw.

## **B) Einbeziehen der Angehörigen**

Bestehen Anzeichen dafür, dass Angehörige hilflos reagieren, sich schuldig fühlen, ungeduldig-fordernd oder kritisch-ablehnend reagieren, so sollte mit dem Einverständnis des depressiv Erkrankten auch der Lebenspartner angehört und über die Diagnose orientiert werden. Geduld ist manchmal von allen Betroffenen leichter aufzubringen, wenn ihnen – aufgrund einer guten Prognose des depressiven Leidens – realistisch Hoffnung gemacht werden kann. Bei prämorbid gespannten Beziehungen kann es hilfreich sein, den Partner in Einzelgesprächen zu unterstützen und später, – bei Abklingen der Depression – Paar- oder Familiengespräche anzubieten.

## **C) Psychopharmakotherapie und andere körperliche Verfahren**

Bei mittelschweren und schweren Depressionen kann von einer depressiven Eigendynamik ausgegangen werden, die einen sinn deutenden Gesprächszugang zunächst erschwert und eine psychopharmakotherapeutische Behandlung erfordert. Unter den Psychopharmaka (Tab. 6) sind die traditionellen Antidepressiva (insbesondere Trizyklika) mit mehr Nebenwirkungen – vor allem vegetativer und kardiovaskulärer Art – behaftet als die modernen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), die selektiven MAO-A-Hemmer (RIMA) und die se-

lektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI). Zum jetzigen Zeitpunkt ist davon auszugehen, dass sich alle auf dem Markt befindlichen Antidepressiva weniger durch ihre Wirksamkeit als mehr durch ihre unerwünschten Nebeneffekte und Nebenwirkungen unterscheiden [9]. Die Antidepressiva der sogenannten zweiten und dritten Generation besitzen im Gegensatz zu den trizyklischen, tetrazyklischen und atypischen Antidepressiva weniger klinisch relevante Nebenwirkungen und eignen sich somit mehr für die Behandlung im ambulanten Bereich, bei Komorbidität oder im Alter. Mit Sicherheit kann im klinischen Alltag – auch unter ambulanten Bedingungen – auf den Einsatz der trizyklischen, tetrazyklischen und atypischen Antidepressiva nicht verzichtet werden; so sollte insbesondere bei schwergradigen Depressionen auch auf den Einsatz von trizyklischen Antidepressiva zurückgegriffen werden.

Als Grundsatz gilt, dass jeder Behandlungsversuch bei akzeptabler Verträglichkeit mit genügend hohen Dosen und ausreichend langer Dauer erfolgen sollte. Die Erfolgsquote bei der ersten thymoleptischen Behandlung beträgt etwa 65% bei leichten und etwa 50% bei schweren Depressionen. Es ist wichtig, die Patienten/-innen über diese Zusammenhänge zu informieren, um einer depressiv-resignativen Verarbeitung eines möglicherweise scheiternden ersten medikamentösen Behandlungsversuches vorzubeugen. Das Ziel der Akutbehandlung besteht darin, möglichst rasch ein wirksames Medikament zu finden, mit dem Besserung und schliesslich Symptombefreiheit erreicht werden kann. In der etwa sechs Monate dauernden Stabilisierungsphase sollte die Dosierung in etwa der gleichen Dosierung weitergeführt werden. Dabei ist stets der individuelle Krankheitsverlauf zu berücksichtigen. Die anschließende Dosisreduktion sollte vorsichtig in klei-

**Tabelle 6: Indikationsgebiete von Antidepressiva (Auswahl nach Haas, 1999).**

	TCA	Tetrazyklische und atypische AD	SSRI	5-HT-Rezeptor-Modulator	SNRI	NASSA	MAO-Wiederaufnahmehemmer (MAO-H)
schwere depressive Episode (ICD-10)	++	+	+	+	+	+	+
mittelschwere bis leichtere Depressionen	++	++	++	++	++	++	+
Dysthymien	(+)	+	++	++	+	+	++
rezidivierende kurze Depressionen	0	+	++				+
wahnhaft Depressionen*	++	+	+			+	
		Trimipramin					
atypische Depressionen	(+)		+				++
Depressionsbehandlung im Alter	+	+	++	+			0
		mit geringem Nebenwirkungsprofil					
Depressionen in der Schwangerschaft* (nicht im 1. Trim.) im Wochenbett (stillende Pat., keine AD)	+		+				+
postpsychotische Depressionen*	+	+	++		0		
Panikstörungen	++	(+)	+				++
Angststörungen*	++	+	+	+	+	+	+
Zwangsstörungen	++	+	++				0
phobische Störungen*	++	0					++

\* in Kombination mit anderen Psychopharmaka (Neuroleptikum, Benzodiazepinderivat oder Lithium)  
 ++ überlegen wirksam (1. Wahl)  
 + gesichert wirksam  
 (+) fraglich zu bevorzugen  
 0 ungeeignet, bzw. als 2. Wahl einzusetzen  
 – Einsatz sollte nicht erwogen werden



nen Schritten (z.B. 25 mg Imipramin/14 Tage) erfolgen.

Grundsätzlich muss bei jeder medikamentösen Behandlung die Suizidalität und die Fähigkeit, in einer Krise Hilfe zu holen, gut eingeschätzt werden. Auf Medikamente mit einem engen therapeutischen Bereich bzw. einer hohen Toxizität bei Intoxikation (z.B. Lithium, TCA usw.) ist deshalb während der Akutbehandlung im Zweifelsfalle entweder zu verzichten oder eine geeignete Abgabemodalität zu suchen.

Bei der Auswahl des Antidepressivums können folgende Empfehlungen hilfreich sein:

1. Haben Patienten/-innen schon früher auf ein bestimmtes Antidepressivum gut angesprochen, so ist ein Versuch mit diesem Medikament empfehlenswert (Ausnahme: zwischenzeitlich neu aufgetretene Kontraindikationen wie kardiale Rhythmusstörungen usw.).
2. Bei ausgeprägten Schlafstörungen kann ein sedierend wirkendes Antidepressivum (möglicherweise auch in einer Einmaldosis, z.B. Mianserin) am Abend gegeben werden. Wenn trotzdem Schlafstörungen fortbestehen, ist die abendliche Gabe eines länger wirksamen Benzodiazepinpräparates (z.B. Fluazepam) hilfreich. Bei ausgeprägter Angst oder Suizidalität ist auch tagsüber ein Benzodiazepinpräparat mit längerer Halbwertszeit (Diazepam) empfehlenswert. Auch weniger sedierende Antidepressiva (z.B. Paroxetin, Citalopram, Moclobemid) können mit sedierenden Substanzen kombiniert werden. Bei anhaltender akuter Suizidalität ist der Einsatz von Lithium und/oder anderen Phasenprophylaktika (Carbamazepin) zu erwägen.
3. Im klinischen Alltag hat es sich bewährt, Antidepressiva auch nach ihren Nebenwirkungsprofilen auszuwählen. In der ambulanten Behandlung sind die generell besser verträglichen Antidepressiva der neuen Generationen wegen ihrer fehlenden anticholinergen Nebenwirkungen als Antidepressiva der ersten Wahl, insbesondere hinsichtlich der Compliance (z.B. Fahrtauglichkeit) anzusehen. Dies gilt insbesondere auch für die Behandlung älterer Patienten/-innen. Patienten/-innen mit kardialen Dysfunktionen, Prostatahypertrophie, Engwinkelglaukom sowie anderen Kontraindikationen für eine anticholinergische Medikation sind ohne intensives Monitoring nicht mit Trizyklika oder Maprotilin zu behandeln.
4. Patienten/-innen, die an einer schweren Depression, insbesondere auch an einem depressiven Wahn (Verarmungs-, Schuld-, nihilistischer Wahn) leiden, benötigen in der Regel eine Kombinationsbehandlung eines Antidepressivums mit einem Neuroleptikum.
5. Depressive Patienten/-innen, die zugleich an einer Zwangserkrankung oder an einer Bulimie leiden, sprechen besonders gut auf Clomipramin sowie auf SSRI-Präparate an. Es ist davon auszugehen, dass ein spezifisches Wirkspektrum für die Antidepressiva nicht endgültig festzulegen ist, weil gerade neu entwickelte Medikamente Hinweise dafür geben, dass sie nicht nur bei verschiedenen Subtypen depressiver Symptome, sondern auch bei generalisierter Angststörung, Panikstörung, phobischen Störungen und anderen psychischen Erkrankungen (z.B. im Rahmen der Komorbidität bei somatischen Störungen wirken können [9]).

Andere biologische Verfahren kommen zur Anwendung, falls Patienten/-innen auf ein oder zwei Antidepressiva in adäquater Dosierung über je vier Wochen therapieresistent sind: Schlafentzug, Lichttherapie, Infusionstherapie von Antidepressiva, Lithiumzugabe zu Antidepressiva, Stimulantienzugabe zu Antidepressiva, ferner Thyroxinzugabe und in seltenen Fällen – bei therapieresistenter Depression – Elektrokonvulsionsbehandlung. Die Behandlung einer schweren Depression, insbesondere wenn sie mit Suizidalität und erheblichen persönlichen und sozialen Problemstellungen einhergeht, lässt den Beizug eines Facharztes als ratsam erscheinen.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass die Handhabung auch der neueren, besser verträglichen Antidepressiva bei gleichzeitiger Applikation anderer Medikamente durch Interaktionen kompliziert wird. Besonders gefährlich sind Kombinationen von Moclobemid (Aurorix) mit Clomipramin (Anafranil), SSRI und den Serotoninpräkursoren L-Tryptophan und L-5-Hydroxytryptophan (Gefahr eines lebensbedrohlichen Serotonin-Syndroms mit u.a. Unruhe, Myoklonien, Verwirrung und Krampfanfällen).

## D) Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Während eine supportive und verständnisvolle Begleitung im Sinne einer psychotherapeutischen Basisbehandlung jede antidepressive Therapie begleiten soll, können bei gebesserten schweren Depressionen oder bei von Anfang an leichten bis mittelschweren Depressionen spezifische psychotherapeutische Methoden eingesetzt werden. Alle spezifischen Psychotherapieverfahren, die bisher in kontrollierten Untersuchungen gerade gute Behandlungserfolge aufgewiesen haben, greifen in der einen oder anderen Weise am selben Punkt an: An der Tendenz depressiver Menschen, sich selbst in Frage zu stellen und sich hilflos-ausgeliefert zu fühlen. Das Ziel psychotherapeutischer De-

pressionsbehandlung besteht – so könnte man verkürzend zusammenfassen – darin, die intrapsychischen und die sozialen Teufelskreise der Depression aufzulösen. Der Abbau des negativen Selbstkonzeptes depressiver Menschen gelingt am ehesten, wenn von den momentanen depressiven Blockaden ausgegangen und im Gespräch herausgearbeitet wird, was den Patienten/-innen trotz ihrer Einschränkung noch möglich ist (z.B. gestufte Aktivierung im verhaltenstherapeutischen Ansatz). Die negative Sicht der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft wird in der *kognitiven Psychotherapie* hinterfragt [7], es wird versucht, persönliche Ressourcen zu stärken.

Die *interpersonelle Psychotherapie* der Depression versucht, die Patienten/-innen darin zu unterstützen, die Verbindung der aktuellen Gefühlslage mit dem Beziehungsnetz der Betroffenen erfahrbar zu machen. Schwerpunkte sind dabei mögliche pathologische Trauerreaktionen nach persönlichen Verlusten (oder auch nach Verlusten sozialer Rollen) und die günstigere Bewältigung interpersoneller Konflikte. Psychoedukative Elemente, wie die Information über Depression und deren Behandlung, tragen zu einer Entlastung depressiver Patienten/-innen bei. Die interpersonelle Psychotherapie ist als Kurztherapie konzipiert, kann aber auch bei rezidivierender depressiver Störung in eine niederfrequente Erhaltungstherapie übergeleitet werden.

Die *psychodynamisch orientierte bzw. psychoanalytische Psychotherapie* der Depression versucht, unter verstärktem Einbezug des biographischen Hintergrundes, der verinnerlichten Beziehungen zu wichtigen Anderen und unbewusster Konflikte überhöhte Selbstanprüche (hohes Ich-Ideal), Selbstwertzweifel und Schuldgefühle (strenges Über-Ich) zu bearbeiten. Unter Berücksichtigung der aktuellen Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation werden im Dialog zwischen Patient/-in und Therapeut/-in neue Erfahrungen ermöglicht, die zum Abbau von defensiven Barrieren und bisherigen ungünstigen und leidvollen Bewältigungsmechanismen beitragen [5, 10].

Diese spezifischen Therapieansätze bedürfen einer besonderen Ausbildung. Die dargestellten Grundsätze der Therapieformen können jedoch in eine stützende Begleitung depressiv Erkrankter durch praktische Ärztinnen und Ärzte einfließen. In jedem Fall sollte eine medikamentöse Therapie wenn immer möglich von regelmässigen Gesprächen begleitet werden, da der Wirkfaktor der Arzt-Patient/-innen-Beziehung gerade bei der Behandlung depressiv Erkrankter von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

## Prophylaktische Massnahmen in der Rekonvaleszenz

Auch nach Abklingen der akuten Symptomatik sind die Patienten/-innen auf fachliche Orientierung durch den behandelnden Arzt angewiesen. Für die depressiven Patienten/-innen ist es wichtig zu wissen, welche Massnahmen aus therapeutischer Indikation vorgeschlagen werden, welches Procedere zur Rückfallprophylaxe dient und welche therapeutischen Möglichkeiten zur weiteren persönlichen Entwicklung und zur Überwindung depressionsfördernder Elemente in der Lebensgestaltung beitragen können. Besonders zu berücksichtigen ist, dass für diejenige Patientengruppe ein erhebliches Rückfallrisiko besteht, die aufgrund übergrosser Verpflichtungsgefühle und Selbstwertzweifel versucht, mit grosser Anstrengung das vermeintlich Versäumte nachzuholen. Eine längerfristige Psychotherapie ist nicht in jedem Fall angezeigt. Bestehen jedoch persönliche Konflikte, die mit der Auslösung der depressiven Episode zusammenhängen, auch nach Abklingen der Depression weiter, so ist eine längerfristige psychodynamisch orientierte Therapie ratsam. Bei anhaltenden interpersonellen oder familiären Konflikten kann eine Paar- oder Familientherapie hilfreich sein. Die Indikation für einzelne Therapieformen ist wesentlich abhängig von dem aktuellen Leidensdruck, der Motivation und der Introspektionsfähigkeit der Patienten/-innen. Ferner sind der bisherige Verlauf der Erkrankung und Persönlichkeitsfaktoren zu berücksichtigen.

Eine eingeleitete thymoleptische Therapie sollte in der therapeutisch wirksamen Dosis noch während etwa eines halben Jahres beibehalten und erst dann schrittweise ausgeschlichen werden. Bei Patienten/-innen mit rezidivierenden depressiven Episoden mit kürzeren gesunden Intervallen als drei Jahren und bei Patienten/-innen mit häufigen depressiven Rezidiven sollte die medikamentöse Prophylaxe in der therapeutischen Dosis der Akutdosis noch länger weitergeführt werden. Bei antidepressiver Langzeitprophylaxe ist jährlich ein somatischer Check-up (einschliesslich EKG-Untersuchung) – insbesondere bei älteren Patienten/-innen – zu empfehlen. Alternative zur Langzeitbehandlung mit Antidepressiva ist die Prophylaxe mit Lithium. Die Lithiumprophylaxe ist bei rezidivierenden depressiven Episoden und den mit (hypo-)manischen Verstimmungen einhergehenden bipolaren affektiven Störungen und den schizoaffektiven Psychosen indiziert. Im Hinblick auf die Reduktion der Rückfallhäufigkeit haben sich auch die Antiepileptika Carbamazepin und Valproat bewährt; seit kurzem kommt ferner Lamotrigin zur Anwendung.



## Quintessenz

- Depressionen sind häufig episodische oder anhaltende Störungen oder seltener Teil der bipolaren Störungen.
- Erstanlaufstelle für Depressionen ist meist der Hausarzt.
- Die willentliche Bekämpfung der depressiven Blockade unterhält oft die Depression als Stress-Syndrom und führt zu einer Art «Depression über die Depression».
- Praxisgerechte Behandlung wird durch ein zirkuläres Krankheitsmodell erleichtert.
- Therapeutische Richtlinien variieren nach Schweregrad, Dauer und Verlauf der Depression.
- Persönliche und psychosoziale Umstände sowie die Auswirkungen der Krankheit im Alltag des einzelnen Patienten sind mitzubehrsichtigen.

## Zusammenfassung

Praxisrelevante Behandlungsverfahren bei Depressionen werden auf der Grundlage eines zirkulären Krankheitsmodells, das biosoziale und psychologische Faktoren umfasst, erläutert. Die therapeutischen Richtlinien werden gegliedert nach Schweregrad, Dauer und Erkrankungsstadium der Depression. Im einzelnen Behandlungsfall sind auch persönliche und psychosoziale Umstände und die Auswirkungen der Erkrankung im Alltag mitzubehrsichtigen. Dieser Übersichtsartikel hat zum Ziel, eine möglichst sinnvolle Auswahl verschiedener Behandlungsansätze auf Grund eines vertieften Verständnisses depressiven Leidens zu erleichtern.

## Literatur

- 1 Böker H. Psychotherapeutische und soziotherapeutische Aspekte bei schweren Depressionen. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1998;149: 21-8.
- 2 Aldenhoff J. Überlegungen zur Neurobiologie der Depression. *Nervenarzt* 1997;68:379-89.
- 3 Hell D (Hrsg.). *Ethologie der Depression*. Stuttgart, Jena: Gustav Fischer; 1993.
- 4 Hell D. *Welchen Sinn macht Depression?* Hamburg: Rowohlt;1994.
- 5 Mentzos S. *Depression und Manie – Psychodynamik und Psychotherapie affektiver Störungen*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck und Ruprecht; 1995.
- 6 Holsboer-Trachsler E. *Neurobiologische und psychopathologische Verlaufsmessungen bei der Depressionstherapie*. Basel: Karger; 1994.
- 7 Hautzinger M. *Perspektiven für ein psychologisches Konzept der Depression*. In: Mundt CP, Fiedler H, Lang A. (Hrsg.). *Depressionskonzepte heute*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1991.
- 8 Kröber H-L, Adam R, Scheidt R. *Einflüsse auf die Rückfälligkeit bipolar Manisch-Depressiver*. *Nervenarzt* 1998;69:46-52.
- 9 Haas S. *Klinische Auswahlkriterien beim Einsatz von Antidepressiva*. In: Hartwig D, Haas S, Maurer K, Pflug B (Hrsg.). *Affektive Erkrankungen und Lebensalter*. Verlag Wissenschaft und Praxis 1999. S. 87-112.
- 10 Böker H, Lempa G. *Psychoanalytische Therapie der Psychosen*. In: Senf W, Boda M (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart, New York: Thieme; 1996. S. 340-4.